Rapid Review

رادیولوژی و فارماکولوژی

استاد

دکتر شفیعی مطهر

پارسیان دانش

۱۳۹۸

۱) یک خانم ۵۵ ساله با شکایت زردی مراجعه کرده است و در آزمایشگاه افزایش بیلی‌روبین مستقیم و آلکالن فسفاتاز دارد. در سونوگرافی، نمای double channel sign مشاهده می‌شود و قطر CBD، پنج میلی‌متر می‌باشد. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) MRCP　ب) CT scan　ج) ERCP　د) PTC

۲) در مورد متاستاز استوانی، کدام گزینه صحیح است؟

الف) حساسیت اسکن هسته‌ای از MRI بیشتر است

ب) برای تشخیص متاستاز استخوانی، در صورت دسترسی به PET، PET توصیه می‌شود

ج) در صورت وجود یک کانون افزایش فعالیت در اسکن هسته‌ای، قدم بعدی انجام گرافی ساده از آن محل است

د) معمولا اولین اقدام در صورت شک متاستاز استخوانی، گرافی ساده است

۳) کدام گزینه در ضایعات اسکلروتیک متعدد استخوانی کمتر محتمل است؟

الف) متاستاز با منشأ پستان　ب) متاستاز با منشأ پروستات

ج) لوسمی　د) لنفوم

۴) در گرافی ساده از دست و انگشتان، کلسیفیکاسیون بافت نرم همراه خوردگی بند دیستال انگشتان مشاهده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) اسکلرودرمی　ب) پسوریازیس　ج) آسیب ناشی از یخ‌زدگی　د) لوپوس

۵) یک خانم ۴۵ ساله که به دلیل علائم ادراری و هماچوری، IVP شده است، باریک شدگی موضعی پارانشیم کلیه راست همراه کلابینگ کالیس مجاور مشاهده می‌شود و در سمت راست کانون‌های کلسیفیکاسیون در کلیه دیده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) نفروپاتی ریفلاکس　ب) TB　ج) انفارکتوس کلیه　د) شیستوزومیازیس

۶) بهترین روش مرحله‌بندی کانسر کلیه کدام است؟

الف) CT اسکن　ب) آنژیوگرافی　ج) MRI　د) PET scan

۷) در یک خانم ۵۰ ساله که به دلیل هماچوری، سونوگرافی شده است. یک توده هیپراکو به قطر 30mm در پارانشیم کلیه‌ی راست مشاهده شده است. وجود کدام یافته‌ی زیر، تشخیص آنژیومیولیپوم را در وی بعید می‌سازد؟

الف) سیگنال بالای توده در تصاویر T2

ب) سیگنال پایین توده در مقادیر T1 با اشباع چربی

ج) دانسیته مساوی با 80- (منفی هشتاد) واحد هانسفیلد در CT اسکن

د) سیگنال بالای توده در مقادیر Fat suppress T2

۸) در MRI انجام شده از یک آقای ۸۰ ساله که با شکایت فراموشی مراجعه کرده است، کانون‌های افزایش سیگنال متعدد در اطراف بطنها و در هیپوکامپ و تالاموس دو طرف در تصاویر T2 مشاهده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) دمانس عروقی　ب) آلزایمر　ج) بیماری پیک　د) هانتینگتون

۹) کدام مورد زیر کنترااندیکاسیون MRI نیست؟

الف) جسم فازی داخل چشمی　ب) نارسایی کلیوی شدید

ج) Pace maker　د) کاشت حلزون

۱۰) در یک خانم ۵۵ ساله بدون علامت، کانون‌های کلسیفیکاسیون ظریف به صورت خوشه‌ای در کوادران فوقانی- خارجی پستان راست، در ماموگرافی دیده می‌شود. قدم بعدی چیست؟

الف) سونوگرافی هدفمند از پستان راست
ب) بیوپسی سوزنی
ج) MRI با و بدون تزریق ماده‌ی حاجب
د) پیگیری با ماموگرافی سالانه

۱۱) کدام ساختمان ذیل در یک CXR نرمال، در محاذات نیمه قدامی دنده‌ی ششم راست می‌باشد؟

الف) فیشر افقی ریه‌ی راست
ب) قله‌ی دیافراگم راست
ج) سایه‌ی نیپل
د) شیار آزیگوس

۱۲) یک آقای ۴۳ ساله که به دلیل کانسر ریه، جراحی شده است، جهت پیگیری مراجعه کرده است و در CT اسکن توراکس، در محل جراحی، یک ضایعه‌ی هیپردنس با حاشیه نامشخص مشاهده می‌شود. به عنوان قدم بعدی، کدام اقدام زیر ارجح است؟

الف) MRI با و بدون تزریق ماده‌ی حاجب
ب) تکرار CT اسکن با تزریق ماده‌ی حاجب
ج) PET/CT
د) آنژیوگرافی

۱۳) یک جوان بیست ساله، به دلیل تنگی نفس مراجعه کرده است و در CXR، عروق محیطی ریه‌ی دوطرف قابل رونیت شده است. کدام بیماری زیر در وی محتمل‌تر است؟

الف) VSD
ب) تترالوژی فالو
ج) هیپرتانسیون اولیه‌ی شریانی ریه
د) نارسایی قلب چپ

۱۴) در Upper GI series انجام شده با باریوم از بیماری که با علائم سوء هاضمه مراجعه کرده است، هرنی هیاتال همراه با یک تنگی در دیستال مری به صورت کوتاه و با ابتدا و انتهای تدریجی مشاهده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) آشالازی
ب) تنگی مواد سوزاننده
ج) تنگی پپتیک
د) کانسر

۱۵) در یک سونوگرافی نرمال، اکوی کدام ساختمان ذیل بیشتر است؟

الف) پانکراس
ب)کبد
ج) کورتکس کلیه
د) مدولای کلیه

۱۶) در CT اسکن بعد از تزریق از کلیه و مجاری ادراری، کدام فاز، دیرتر از بقیه تشکیل می‌شود؟

الف)فاز کورتیکومدولاری
ب) فاز نفروگرام
ج) فازیوروگرام
د) فاز شریانی

۱۷) کدام بیماری ذیل باعث کلابینگ کالیس نمی‌شود؟

الف) انفارکتوس
ب) TB
ج) پیلونفریت مزمن
د) دیابت

۱۸) کدام گزینه صحیح هست؟

الف) کوچک بودن اندازه کلیه در سونوگرافی در فرد مبتلا به هیپرتانسیون، علامت ثانویه بودن فشار خون است
ب) نرمال بودن VCUG، نفروپاتی ریفلاکس را رد می‌کند
ج) نرمال بودن سونوگرافی، در فرد مبتلا به نارسایی کلیوی، علل Post renal نارسایی را رد می‌کند
د) سونوگرافی نرمال، رد کننده‌ی نکروز حاد توبولی (ATN) می‌باشد

۱۹) بهترین سکانس MRI برای نشان دادن متاستاز پریتونن کدام است؟

الف) DWI ب) STIR
ج) FLAIR د) T1 fat suppress

۲۰) یک آقای ۴۰ ساله با شکایت درد و تورم در هفته‌ی اخیر زانوی چپ مراجعه کرده است. در گرافی ساده‌ی رخ و نیم رخ زانو، بیرون زدگی استخوانی در متافیز دیستال زانو مشاهده می‌شود که کورتکس و مدولای آن در امتداد استخوان فمور است و بافت نرم مجاور آن متورم و واکنش پریوستی در کورتکس مجاور مشاهده می‌شود. چه توصیه‌ای به بیمار می‌کنید؟

الف) تجویز مسکن و استراحت
ب) ارجاع جهت ارزیابی از نظر کندروسارکوم
ج) تجویز آنتی‌بیوتیک تزریقی و بستری
د) اسکن هسته‌ای

۲۱) شایع‌ترین محل اوستئوئید اوستئوما کجاست؟

الف) فمور و تیبیا ب) تنه‌ی مهره‌ها
ج) عناصر خلفی مهره د) استخوان‌های کوتاه

۲۲) ضایعات لیتیک متعدد با نمای Permeative در متافیزها با حدود نامشخص در اطفال مشخصه کدام بیماری است؟

الف) متاستاز نوروبلاستوم ب) لوسمی
ج) لنفوم د) اسکوروی

۲۳) در کدام ضایعه‌ی زیر restricted diffusion در تصاویر MRI مغز مشاهده نمی‌شود؟

الف) آبسه ب) انفارکتوس حاد
ج) انسفالیت د) مننژیوم

۲۴) کدام ضایعه‌ی زیر در MRI مغز با ماده‌ی حاجب، معمولا enhance نمی‌شود؟

الف) پلاک حاد MS
ب) Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML)
ج) نوروم آکوستیک
د) متاستاز

۲۵) برای آقای ۴۰ ساله که با کاهش وزن و اسهال مزمن بررسی می‌شود، ترانزیت روده‌ی باریک و سونوگرافی درخواست شده است. در ترانزیت روده‌ی باریک، تنگی و اولسر در ایلئوم ترمینال و Contraction در سکوم مشاهده می‌شود و در سونوگرافی، آسیت دیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) کرون ب) TB ج) لنفوم د) سلیاک

۲۶) در CT Scan مغز که به دنبال ترومای سر انجام شده است، یک هماتوم اکسترااگزیال دیده می‌شود. وجود کدام ویژگی ذیل مطرح کننده‌ی هماتوم ساب دورال است؟

الف) عبور از سوچور ب) عبور از فالکس ج) شکل عدسی د) گسترش به سیسترنها

۲۷) آتروفی لوب فرونتال در سی تی اسکن در فردی که با دمانس مراجعه کرده است، مطرح کننده‌ی کدام بیماری است؟

الف) پیک ب) آلزایمر ج) NPH د) دمانس عروقی

۲۸) اولین اقدام در ارزیابی غدد بزاقی کدام است؟

الف) سونوگرافی ب) سیالوگرافی ج) گرافی ساده د) MRI

۲۹) در خانم ۲۵ ساله‌ای که بدلیل دوبینی مراجعه کرده است، MRI مغز انجام شده است. در MRI، چند کانون T2 high Signal عمود بر حاشیه‌ی بطن‌های طرفی و فوسای خلفی دیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) نوروسیستی سرکوز ب) PML ج) هانتینگتون د) MS

۳۰) یک خانم ۵۵ ساله با شکایت سردرد مراجعه کرده است و در CT اسکن مغز چند توده سوپرا تنتوریال دیده می‌شود که بعضی از آنها هیپردنس و دارای ادم هستند و بعد از تزریق، همه enhance شده‌اند. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟

الف) مننژیوم ب) متاستاز ج) آبسه د) توکسوپلاسموز

۳۱) در یک خانم ۴۵ ساله که با علائم غیراختصاصی ادراری مراجعه کرده است سونوگرافی انجام شده است و یک کیست با کلسیفیکاسیون جداری و سپتوم در کلیه راست مشاهده شده است. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) معرفی جهت نفروکتومی پارشیل
ب) CT Scan با و بدون تزریق
ج) MRI
د) پیگیری با سونوگرافی

۳۲) در کدام بیماری زیر افیوژن پلور شایع است؟

الف) پنومونی مایکوپلاسمایی ب) پنوموسیستی کارینی ج) لوپوس د)اسکلرودرمی

۳۳) کدام یک جزء توده‌های مدیاستن قدامی نیست؟

الف) هرنی مورگانی
ب) تراتوما
ج) آدنوپاتی
د) کیست برونکوژنیک

۳۴) در یک مرد ۴۹ ساله که با تنگی نفس مراجعه کرده است یک CXR انجام شده است. در گرافی، قله‌ی دیافراگم دو طرف در محاذات نیمه خلفی دنده‌ی هشتم است. در مورد این بیمار کدام گزینه صحیح است؟

الف) گرافی بیمار نرمال است و برای تعیین علت تنگی نفس، اسپیرومتری در خواست می‌کنیم
ب) با توجه به پرهوایی ریه‌ها بررسی از نظر آسم و COPD انجام می‌دهیم
ج) برای تشخیص فلج دیافراگم، سونوگرافی برای ارزیابی حرکات دیافراگم درخواست می‌کنیم
د) بررسی از نظر آسیت یا پرهوایی روده باید انجام شود

۳۵) کدام گزینه از ویژگی‌های معمول متاستاز به ریه نیست؟

الف) توده متعدد با حاشیه‌ی مشخص
ب) کلسیفیکاسیون
ج) کاویتی
د) آدنوپاتی ناف ریه

۳۶) کدام گزینه از ویژگی‌های معمول لنفوم روده‌ی باریک نیست؟

الف) اولسر در ایلئوم ترمینال ب) تنگی ایلئوم ج) انقباض سکوم د) توده‌ی تومورال روده

۳۷) یک مرد ۴۰ ساله با شکایت درد اپی‌گاستر و زردی مراجعه کرده است و در CTاسکن، اتساع مجاری صفراوی داخل کبدی، CBD و مجرای اصلی پانکراس همراه با یک توده با حاشیه نامشخص در سر پانکراس همراه با آدنوپاتی در اطراف مشاهده می‌شود. اقدام بعدی کدام است؟

الف) جراحی ب) ERCP ج) PTC د) MRI

۳۸) در مورد کانسر پروستات کدام گزینه صحیح است؟

الف) در تصاویر DWI، به صورت restricted diffusion دیده نمی‌شود

ب) CT scan روش مناسبی برای نشان دادن محل ندول پروستات است

ج) با سونوگرافی ترانس رکتال نرمال، نیاز به بیوپسی رفع می‌شود

د) MRI روش مناسبی برای ارزیابی داخل پروستات و گسترش موضعی کانسر پروستات است

۳۹) بهترین گرافی برای ارزیابی پدیکل در مهره‌های کمری کدام است؟

الف) لترال　ب) مایل　ج) رخ　د) فلکشن

۴۰) در گرافی لترال و رخ از ستون فقرات دورسال، کاهش ارتفاع تنه‌ی مهره‌ی T10 مشاهده می شود. پدیکل و فاصله بین مهره‌ای نرمال است. کدام تشخیص کمتر مطرح می‌شود؟

الف) هیستیوسیتوز لانگرهانس　ب) TB　ج) میلوم مولتیپل　د) تروما

۴۱) در کدام مورد ، کاربرد ونوگرافی بیشتر است؟

الف) وریدهای آگزیلاری و براکیال　ب) وریدهای عمقی ساق

ج) وریدهای فمورال و پوپلیته　د) ورید ژوگولار

۴۲) محل مناسب جهت تشخیص آسیت شکم با CT اسکن کجا می‌باشد؟

الف) اطراف کلیه　ب) اطراف طحال　ج) اطراف کبد　د) بین لوپ‌های روده

۴۳) کدام یک از محل آبسه‌ها در اثر پارگی احشاء نادرست است؟

الف) پارگی دئودنوم آبسه اطراف پانکراس　ب) پارگی آپاندیس آبسه اطراف آپاندیس

ج) پارگی کولون چپ آبسه لگنی　د) پارگی دئودنوم آبسه ساب دیافراگماتیک

۴۴) خانمی ۵۰ ساله با ماموگرافی که جهت وی انجام شده است به مطب متخصص جراحی مراجعه می‌کند کدامیک از یافته‌های زیر به نفع خوش‌خیم بودن ضایعه است؟

الف) کلسیفیکاسیون ظریف و خوشه‌ای　ب) تهاجم به استروما و پوست

ج) کلسیفیکاسیون بزرگ و خشن　د) خاردار بودن حاشیه‌ی توده

۴۵) کودکی ۳ ساله در سونوگرافی انجام شده کاهش موضعی ضخامت پارانشیم کلیه و کلسیفیکاسیون و کاهش کلی اندازه کلیه و گشادی سیستم جمع کننده رویت می‌شود تشخیص چیست؟

الف) پیونفروز　ب) TB　ج) پیلونفریت مزمن　د) فشارخون کلیوی

۴۶) آقای ۳۰ ساله ای با درد حاد Testis مراجعه کرده است که علائم مشکوک ادراری را همراه با آن ذکر می‌کند. اولین اقدام تشخیصی کدام است؟

الف) سونوگرافی بیضه　ب) IVP

ج) سونوگرافی داپلر　د) CT اسکن

۴۷) بیمار خانم ۴۵ ساله‌ای که زایمان‌های مکرر داشته است به طور اتفاقی در گرافی لگن وی اسکلروز در سمت ایلیاک مفصل ساکروایلیاک وجود دارد. تشخیص چیست؟

الف) استئوکندریت　ب) مولتیپل میلوما

ج) اوستئیت کندنانس ایلی　د) اسپوندیلیت انکلیوزان

۴۸) یک خانم ۳۵ ساله، با شکایت تورم بدون درد در زاویه‌ی فک راست، مراجعه کرده است. کدام اقدام زیر را توصیه می‌کنید؟

الف) سونوگرافی — ب) گرافی ساب منتوورتیکال
ج) MRI — د) CT اسکن

۴۹) شایع‌ترین روش تصویربرداری تیروئید کدام است؟

الف) سونوگرافی — ب) اسکن ید 121 — ج) اسکن تکنسیوم — د) اسکن ید 131

۵۰) یک مرد ۵۵ ساله را بدنبال تصادف اتومبیل به اورژانس آورده‌اند. در CT اسکن از مغز، یک هماتوم اکستراآگزیال دیده می‌شود که از حد سوچورها عبور می‌کرده و به فالکس گسترش یافته است. کدام گزینه در مورد وی صحیح نیست؟

الف) منشأ خونریزی معمولا از وریدهاست
ب) معمولا همراه با شکستگی است
ج) ۱ تا ۲ هفته هیپردنس باقی می‌ماند
د) اغلب در سمت Contracoup (مخالف ضربه) روی می‌دهد

۵۱) یک مرد ۶۰ ساله را با شکایت فراموشی نزد شما آورده‌اند. در MRI انجام شده از وی وجود کدام یافته برای تشخیص آلزایمر اختصاصی است؟

الف) اتساع بطن‌های مغزی — ب) اتساع سولکوس‌ها
ج) آتروفی لوب فرونتال — د) آتروفی لوب پاریتال

۵۲) در Diffuse axonal injury میکروهموراژی و ادم در کدام منطقه‌ی زیر کمتر دیده می‌شود؟

الف) grey-white matter junction — ب) عقده‌های قاعده‌ای
ج) مخچه — د) ساقه‌ی مغز

۵۳) کدام پاتولوژی زیر در سکانس FLAIR، به صورت Low signal دیده می‌شود؟

الف) پلاک‌های MS — ب) انفارکتوس — ج) ادم وازوژنیک — د) کیست حاوی CSF (آراکنوئید)

۵۴) در MRI، بعد از تزریق ماده‌ی حاجب، کدام بافت زیر بصورت نرمال enhance نمی‌شود؟

الف) عقده‌های قاعده‌ای — ب) غده‌ی پینه‌آل — ج) هیپوفیز — د) شبکه‌ی کوروئید

۵۵) در CT اسکن از سینوس‌های پارانازال ، یک توده در سینوس ماگزیلاری راست با گسترش به حفره‌ی بینی و پرولاپس به داخل نازوفارنکس همراه با کدورت سینوس فرونتال و اتموئید قدامی راست دیده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) پولیپ آنتروکوان — ب) کارسینوم سینوس — ج) عفونت قارچی — د) آنژیوفیبروم

۵۶) یک پسر جوان با شکایت درد و تورم در زاویه‌ی فکی ، موقع ترشح بزاق، مراجعه کرده است. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) سونوگرافی از غدد بزاقی — ب) سیالوگرافی — ج) MRI — د) گرافی ساده

۵۷) در مورد تصویربرداری گردن کدام گزینه غلط است؟

الف) بهترین روش تصویربرداری حنجره CT اسکن است
ب) MRI به صورت تکمیلی بافت نرم و درگیری غضروف حنجره را در کانسر، به خوبی نشان می‌دهد
ج) روش‌های تصویربرداری، ساب گلوت را بهتر از لارنگوسکوپی نشان می‌دهد
د) اولین کار در بررسی توده‌های گردن، CT اسکن است

۵۸) در مورد میلیت عرضی، کدام گزینه صحیح است؟

الف) در CT اسکن معمولا به صورت هیپودنس دیده می‌شود
ب) اغلب عامل آن عفونی است
ج) همه‌ی عرض نخاع را درگیر نمی‌کند
د) از مرز ماده‌ی سفید و خاکستری عبور نمی‌کند

۵۹) بهترین روش تشخیص پارگی‌های خفیف در تاندون سوپراسپیانوس کدام است؟

الف) سونوگرافی
ب) MRI
ج) آرتروگرافی
د) CT scan

۶۰) بهترین سکانس MRI برای نشان دادن متاستاز پریتوئن کدام است؟

الف) DWI
ب) T2
ج) fat supress
د) FLAIR

۶۱) یک خانم ۳۴ ساله با شکایت درد لگنی، سونوگرافی شده است و یک توده‌ی کیستیک با اکوی هموژن و ظریف داخلی به قطر 3cm در بن بست داگلاس مشاهده شده است. MRI علاوه بر توده‌ی فوق، کشیده شدن رکتوم به داخل بن‌بست داگلاس هم دیده می‌شود. بیمار سابقه‌ی میومکتومی در سال قبل ذکر می‌کند. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟

الف) فیبروم
ب) آندومتریوز
ج) آبسه
د) کانسر تخمدان

۶۲) یک آقای ۵۰ ساله با سابقه‌ی TCC مثانه، برای ارزیابی مجدد به دنبال عود هماچوری، مراجعه کرده است. برای نشان دادن توده‌ی مثانه، کدام روش زیر حساس‌تر است؟

الف) PET
ب) MRI
ج) CT Scan
د) Cystoscopy

۶۳) در مورد تومورهای کیستیک پانکراس کدام گزینه صحیح نیست؟

الف) اغلب با اندوسونوگرافی، آسپیره شوند
ب) اغلب به دنبال درد یا زردی کشف می‌شوند
ج) در صورت بالا بودن محتوای موسینوس ریسک بدخیمی بالاتر است
د) ناشایع‌تر از تومورهای Solid هستند

۶۴) در کدام حالت زیر در ترومای بلانت شکم CT scan اقدام ارجح نیست؟

الف) ارزیابی طحال
ب) ارزیابی کبد
ج) ارزیابی مایع آزاد
د) ارزیابی پانکراس

۶۵) در مورد بدخیمی‌های دستگاه گوارش، کدام گزینه صحیح نیست؟

الف) روش اصلی تعیین وسعت موضعی بدخیمی کولون، CT اسکن است
ب) روش اصلی تعیین متاستازهای دوردست کانسر رکتوم، CT اسکن است
ج) روش اصلی تعیین وسعت موضعی کانسر معده، CT اسکن است
د) روش اصلی تعیین وسعت موضعی کانسر مری، CT اسکن است

۶۶) یک آقای ۳۵ ساله با Lower GI bleeding وسیع مراجعه کرده است که کولونوسکوپی امکان پذیر نمی‌باشد. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) CT پنوموکولون
ب) Virtual Colonoicopy
ج) CT اسکن با انمای ماده حاجب
د) CT آنژیوگرافی

۶۷) یک مرد جوان با شکایت اسهال مزمن و کاهش وزن بررسی می‌شود. در ترانزیت روده‌ی باریک، ضخیم‌شدگی چین‌ها اولسر به ویژه در ایلئوم ترمینال دیده می‌شود. در CT scan، ضخیم‌شدگی شدید جدار روده همراه با آدنوپاتی پاراآئورت و مزانتریک دیده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) TB
ب) کرون
ج) لنفوم
د) آدنوکارسینوم

۶۸) کدام گزینه غلط است؟

الف) میوکاردیت حاد با درد تظاهر می‌کند و افتراق آن از سندرم کرونری با نرمال بودن تروپونین است.

ب) اثبات تشخیص میوکاردیت با MRI می‌باشد

ج) محل انفارکتوس در MRI به صورت باقی ماندن گادولینیوم در تصاویر تأخیری و عدم Wash out آن دیده می‌شود

د) در بیماری کرونری در بیماران High risk ، آنژیوگرافی مرسوم (conventional) ارجح است

۶۹) در یک مرد ۳۵ ساله‌ی بدون علامت low risk ، ندول ریوی به قطر ۴ میلی متر با حاشیه‌ی مشخص، بدون کلسیفیکاسیون در CT اسکن مشاهده می‌شود. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) نیاز به پیگیری ندارد
ب) CT scan ۱۲ ماه بعد
ج) PET
د) CT مجدد ۳ ماه بعد

۷۰) PET/CT در کدام کانسر زیر کاربرد ندارد؟

الف) Staging کانسر معده
ب) Staging کانسر مری
ج) ارزیابی عود کانسر کولون و رکتوم
د) وسعت تومور Poor differentiated تیروئید

۷۱) در CT اسکن مرد ۶۰ ساله‌ی بدون علامت، یک ندول محیطی ریوی به قطر 8mm دیده می‌شود. به عنوان قدم بعدی چه پیشنهادی دارید؟

الف) بیوپسی از ندول ریوی تحت گاید CT اسکن
ب) پیگیری با سی تی اسکن
ج) PET اسکن
د) برونکوسکوپی

۷۲) در یک CXR رخ، پلاک پلورال نامنظم و کلسیفیه به صورت یک طرفه دیده می‌شود. از گزینه‌های زیر محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) هموتوراکس قدیمی
ب) تماس با آزبست
ج) متاستاز
د) مزوتلیوما

۷۳) در IVP انجام شده از یک خانم جوان، تأخیر در ترشح و هیدرونفروز دو طرفه دیده می‌شود. اتساع حالب تا محاذات L4-L5 ادامه دارد. سنگ Opaque دیده نشد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) نکروز پاپیلاری
ب) فیبروز رتروپریتوئن
ج) TCC حالب
د) TB

۷۴) یک مرد ۵۶ ساله با شکایت زردی و درد اپی‌گاستر مراجعه کرده است. در CT اسکن، یک توده‌ی هیپودنس در سر پانکراس همراه اتساع مجاری صفراوی و مجرای اصلی پانکراس و درگیری عروق اطراف دیده می‌شود. به عنوان قدم بعدی چه پیشنهادی دارید؟

الف) staging از طریق MRI
ب) جراحی
ج) تعبیه Stent از طریق ERCP
د) PTC

۷۵) یک مرد ۶۵ ساله با شکایت تغییر در اجابت مزاج مراجعه کرده است و در باریم انما، به جز نمای Saw –tooth در سیگموئید، نکته‌ی مثبت دیگری دیده نمی‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) دیورتیکولوز
ب) کانسر رکتوسیگموئید
ج) کرون
د) کولیت ایسکمیک

۷۶) یک خانم ۳۵ ساله با شکایت دیس‌منوره مراجعه کرده است. در سونوگرافی رحم بزرگ و هتروژن است در MRI، ضخیم شدگی منتشر Junctional zone مشاهده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) آندومتریوز
ب) میوماتوز
ج) آدنومیوز
د) TB

۷۷) یک خانم میانسال، با شکایت علائم گوارشی مراجعه کرده است و در CT اسکن ، یک توده‌ی صفاقی به قطر 15mm با کلسیفیکاسیون پارشیال و واکنش دسموپلاستیک در مزانتر اطراف مشاهده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) کارسینوئید
ب) متاستاز از کانسر پستان
ج) مزوتلیوما
د) TB

۷۸) یک دختر ۱۲ ساله با شکایت درد شانه که از ۵ روز قبل شروع شده است، مراجعه کرده است. در گرافی تورم بافت نرم و یک ضایعه‌ی لوسنت در متافیز پروگزیمال هومروس همراه تخریب کورتکس و واکنش پریوستی مشاهده می‌شود. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) اوستئومیلیت حاد
ب) آرتریت سپتیک
ج) اوستئوسارکوم
د) سارکوم یوئینگ

۷۹) برای یک خانم ۳۵ ساله با شکایت مشکلات گوارشی، CT اسکن شکم و لگن انجام شده است. در CT اسکن، ضخیم شدگی جدار روده، آسیت و ضخیم شدگی امنتوم دیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟

الف) متاستاز کانسر تخمدان
ب) کارسینوئید
ج) TB
د) کرون

۸۰) در یک آقای ۷۰ ساله که به دلیل زردی انسدادی جراحی شده است، جهت Follow up مراجعه کرده است. در حال حاضر ، حال عمومی بیمار خوب است و آزمایش CBC، U/A و بیلی روبین طبیعی است. در CT اسکن هوا در مجاری صفراوی دیده می‌شود. چه توصیه‌ای به بیمار می‌کنید؟

الف) ERCP
ب) MRCP
ج) اندوسونوگرافی
د) اطمینان بخشی

۸۱) کدامیک از بیماری‌های زیر به عنوان عامل توده‌ی صفاقی کمتر مطرح است؟

الف) متاستاز کانسر داکتال پستان
ب) متاستاز کانسر موسینوس تخمدان
ج) متاستاز موسینوس آدنوکارسینوم کولون
د) TB

۸۲) گاستروگرافین برای کدام بیمار زیر جهت مطالعه‌ی دستگاه گوارش، توصیه نمی‌شود؟

الف) شیرخوار مشکوک به فیستول تراشه و مری
ب) بیمار مشکوک به پارگی مری پس از اندوسکوپی
ج) بیمار مشکوک به انسداد روده
د) به عنوان ماده‌ی حاجب خوراکی در CT اسکن

۸۳) در گرافی قفسه‌ی صدری رخ، یک سایه‌ی خطی نازک در ریه‌ی راست دیده می‌شود که داخل سایه‌ی عروق دیده نمی‌شود. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟

الف) بول آمفیزماتو
ب) پنوموتوراکس
ج) فیبروز
د) آتلکتازی خطی

۸۴) یک خانم ۴۰ ساله با شکایت سردرد ناگهانی مشکوک به خونریزی ساب آراکنوئید بستری شده است. کدام اقدام تشخیصی زیر ارجح است؟

الف) CT اسکن بدون ماده حاجب
ب) MRI بدون ماده‌ی حاجب
ج) CT آنژیوگرافی
د) MRI با ماده‌ی حاجب

۸۵) یک خانم ۴۰ ساله با شکایت سردرد ناگهانی مشکوک به خونریزی ساب آراکنوئید بستری شده است. بیمار یک MRA به همراه دارد که در آن سه آنوریسم دیده می‌شود. برای تعیین محل خونریزی کدام اقدام را پیشنهاد می‌کنید؟

الف) آنژیوگرافی با کاتتر
ب) CTA
ج) CT اسکن بدون ماده‌ی حاجب
د) CT اسکن با ماده‌ی حاجب

۸۶) در یوروگرافی داخل وریدی (IVU) بیمار مبتلا به نکروز لوله‌ای حاد کلیه (ATN) کدام یافته دیده می‌شود؟

الف) اتساع حالب ب) نفروگرام طولانی ج) نازک شدن کورتکس کلیه د) دفورماسیون کالیس

۸۷) آقای جوانی بدنبال تصادف دچار شکستگی هومروس شده است . در گرافیکهای بعمل آمده علاوه بر شکستگی مذکور صاف شدن و اسکلروز سر هومورس بهمراه کاهش تعداد ترابکولاها و ضخیم شدگی ترابکولاهای باقی مانده در آن دیده می شود . همچنین در گرافی جمجمه ،پهن شدن صفحه Diploe با نمای Hair on end دیده می شود . تشخیص محتملتر کدام است ؟

الف- رنال استئودیستروفی ب- تالاسمی ج- آنمی سیکل سل د- بیماری پاژه

۸۸) در CXR یک بیمار با شکایت تنگی نفس فعالیتی ، خطوط کرلی B و ضخیم شدن شیار های جنبی و نمای سایه مضاعف (double shadow) در مجاورت لبه راست قلب مشهود است ، قطر عرضی قلب نرمال است . تشخیص کدام است؟

الف- تنگی میترال ب- تنگی تریکوسپید ج- نارسایی آئورت د- میگزوم دهلیز چپ

۸۹) یک خانم ۳۳ ساله با شکایت درد شکم مراجعه کرده است. در سونوگرافی اندازه و اکوی رحم طبیعی است و هیدروسالپنکس گزارش شده است. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) PID ب) حاملگی خارج رحمی ج) آندومتریوز د) درموئید

۹۰) در یک خانم ۴۰ ساله با سابقه‌ی تیروئیدکتومی به دلیل کانسر تیروئید، جهت پیگیری، CT اسکن شکم درخواست شده است. در CT اسکن، توده‌های هیپودنسی متعدد در هر دو لوب کبد دیده می‌شود که در فاز شریانی، Peripheral enhancement نشان می‌دهند و در فاز تأخیری به صورت یکدست enhance شده‌اند. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) بیوپسی از بزرگترین توده‌ی کبدی تحت گاید سونوگرافی ب) پیگیری بیمار با سونوگرافی
ج) درمان با ید رادیواکتیو با تشخیص متاستاز کبدی د) MRI کبد

۹۱) یک کودک ۲ ساله با علائم تنفسی مراجعه کرده است ودر CXR قله‌ی دیافراگم راست ۲ سانتی‌متر بالاتر از چپ و فیشر افقی در محاذات دنده‌ی هشتم خط آگزیلاری را قطع می‌کند. تراشه کمی به سمت چپ انحراف دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) Air trapping در لوب فوقانی راست ب) کلاپس لوب تحتانی راست
ج) کلاپس لوب فوقانی چپ د) پنوموتوراکس

۹۲) یک خانم ۴۰ ساله با شکایت تنگی نفس ویزیت می‌شود. در CXR، خطوط کرلی و سایه‌های رتیکولوندولار در اطراف ناف ریه‌ها دیده می‌شود و حاشیه‌ی عروق محو شده است و CTR افزایش نشان می‌دهد. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟

الف) ادم ریه قلبی ب) پنومونی ویروس ج) لنفانژیت کارسینوماتو د) ARDS

۹۳) یک بیمار جوان با شکایت سرفه مراجعه کرده است، در CXR، آدنوپاتی مدیاستن و سایه‌های ندولار منتشر با اندازه‌ی یکسان و توزیع یکنواخت در ریه‌ها دیده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) پنوموکونیوز ذغال سنگ ب) سل ارزنی ج) لنفانژیت کارسینوماتوز د) آلوئولیت فیبروزان

۹۴) در یک CXR، کاردیومگالی و افیوژن دو طرفه‌ی پلور همراه Patchy consolidation دیده می‌شود. کدام تشخیص زیر محتمل‌تر است؟

الف) آرتریت روماتوئید ب) لوپوس ج) اسکلرودرمی د) TB

۹۵) یک آقای ۵۵ ساله با شکایت زردی شدید بستری شده است. در سونوگرافی double channel sign در لوب چپ و راست کبد دیده می‌شود. قطر CBD، 4mm است و کیسه صفرا کولابه است. پانکراس به دلیل عدم آمادگی بیمار و هوای معده، قابل ارزیابی در سونوگرافی نبوده است. اقدام بعدی چیست؟

الف) CT اسکن با تزریق ماده حاجب وریدی و خوراکی
ب) MRCP
ج) ERCP
د) PTC

۹۶) در کدام بیمار زیر، IVP اندیکاسیون ندارد؟

الف) بیماری که بعد از سزارین با درد شکم و تب و هیدرونفروز در سونوگرافی مراجعه کرده است.
ب) مرد جوانی که با درد حاد کولیکی فلانک چپ مراجعه نموده است
ج) خانم مسن در حال مصرف مزمن NSAID با شک به نکروز پاپیلاری
د) برای ارزیابی هماچوری

۹۷) در یک آقای ۶۳ ساله که با تغییر در اجابت مزاج و OB مثبت مراجعه کره است، کولونوسکوپی انجام می‌شود کولونوسکوپ تا خم کبدی را نرمال نشان می‌دهد ولی ارزیابی کولون صعودی موفقیت آمیز نیست. چه اقدامی را در قدم بعدی پیشنهاد می‌کنید؟

الف) باریم انما
ب) CT pneumocolon
ج) MRI
د) CT اسکن با انمای ماده‌ی حاجب

۹۸) یک خانم ۳۵ ساله، با شکایت استفراغ مکرر و درد شکم به اورژانس مراجعه کرده است. در گرافی ایستاده‌ی شکم، چند سطح مایع و هوا همراه لوپ متسع دیده می‌شود. در CT اسکن به جز اتساع لوپ‌های روده‌ی باریک، یافته‌ی مثبت دیگری مشاهده نمی‌شود. محتملترین تشخیص چیست؟

الف) انفارکتوس روده
ب) Adhesion band
ج) هرنی استرانگوله
د) لنفوم

۹۹) یک آقای ۶۵ ساله مشکوک به بیماری دیورتیکولار وسیع سیگموئید که کاندید برداشت جراحی است، برای تعیین طول درگیری، کدام روش را توصیه می‌کنید؟

الف) رکتوسیگموئیدوسکوپی
ب) CT pneumocolon
ج) باریم انما
د) MRI

۱۰۰) شایع‌ترین علت filling defect در باریم انما در فردی که دستورات آمادگی قبل از انما را انجام داده است، چیست؟

الف) پولیپ و کانسر
ب) پنوماتوزیس کولی
ج) لخته‌ی خون
د) مواد فکال

۱۰۱) یک خانم ۳۸ ساله با شکایت درد شکافنده‌ی رترواسترنال به اورژانس مراجعه کرده است. در معاینه PR=80 و BP=125/80 میلی‌متر جیوه است. CXR نرمال است. به عنوان قدم بعدی کدام روش زیر مناسب نیست؟

الف) CT اسکن
ب) MRI
ج) اکوکاردیوگرافی داپلر ترانس توراسیک
د) اکوکاردیوگرافی ترانس ازوفاژیال

۱۰۲) از یک بیمار با شکایت تنگی نفس، دو CXR با نمای A-P به فاصله‌ی ۱ هفته از هم انجام شده است. در CXR اول، زوایای جنبی باز است و Patchy consolidation همراه با بالازدگی سایه‌ی دیافراگم دیده می‌شود. در CXR دوم، افزایش سایه‌های آلونولی و افزایش اندازه‌ی قلب به میزان 2cm در مقایسه با گرافی اول مشهود است. محتملترین علت یافته‌های فوق چیست؟

الف) لوپوس
ب) پنومونی مایکوپلاسمایی
ج) بیماری دریچه‌ای قلب
د) اسکلرودرمی

۱۰۳) در گرافی خوابیده‌ی شکم از یک آقای ۴۵ ساله که با علائم گوارشی مراجعه کرده است، حباب‌های گرد هوا در جدار کولون به صورت متعدد دیده می‌شود. چه اقدامی را پیشنهاد می‌کنید؟

الف) CT اسکن اورژانس با تزریق ماده‌ی حاجب
ب) اطمینان بخشی و پیگیری بیمار
ج) لاپاراتومی
د) سونوگرافی کالر داپلر شریان‌های مزانتریک

۱۰۴) در یک خانم ۳۵ ساله‌ی بدون علامت، به صورت اتفاقی یک توده‌ی شکمی در LLQ لمس می‌شود. کدام اقدام تصویربرداری زیر را به عنوان اقدام انتخابی پیشنهاد می‌کنید؟

الف) سونوگرافی شکم
ب) CT اسکن شکم
ج) کولونوسکوپی
د) باریم انما

۱۰۵) یک مرد ۴۵ ساله را با شکایت همی‌پلژی ناگهانی به اورژانس می‌آورند. چه اقدامی توصیه می‌کنید؟

الف) CT اسکن مغز بدون ماده‌ی حاجب
ب) سونوگرافی داپلر عروق کاروتید
ج) CT آنژیوگرافی
د) CT اسکن با ماده حاجب وریدی

۱۰۶) در یک مرد ۵۰ ساله مبتلا به کانسر پروستات، اسکن هسته‌ای با Tc باند شده به فسفات آلی به عمل آمده است که افزایش فعالیت در دیستال فمور چپ دیده می‌شود. چه اقدامی توصیه می‌شود؟

الف) گرافی ساده
ب) MRI از زانوی چپ
ج) بیوپسی از دیستال فمور
د) CT اسکن

۱۰۷) یک پسر ۳ ساله را به دلیل عدم وجود بیضه‌ی چپ در اسکروتوم نزد شما می‌آورند. در معاینه و سونوگرافی از اسکروتوم و کانال اینگوئینال، بیضه‌ی چپ لمس یا مشاهده نمیشود. قدم بعدی چیست؟

الف) اسکن رادیونوکلئید
ب) سونوگرافی شکم و لگن
ج) لاپاروسکوپی
د) MRI شکم و لگن

۱۰۸) در یک خانم ۳۵ ساله بدون علامت، در سونوگرافی لگن، یک توده در تخمدان چپ مشاهده می‌شود. تمام ویژگی های زیر در افتراق خوش‌خیم یا بدخیم بودن توده کمک کننده است بجز؟

الف) وجود جزء کیستیک
ب) عدم وجود آسیت
ج) واسکولاریتی توده
د) ضخامت سپتوم‌های داخل توده

۱۰۹) برای نشان دادن فیستول بین آبسه پریتونن با مثانه کدام روش زیر مفیدتر است؟

الف) CT اسکن
ب) سونوگرافی
ج) اسکن WBC نشان‌دار با ایندیوم ۱۱۱
د) MRI

۱۱۰) کدام یک از یافته‌های زیر کمتر با تشخیص کانسر اولیهٔ ریه همخوانی دارد؟

الف) توده لوبوله به قطر ۱۵mm با حدود مشخص بدون کلسیفیکاسیون با حفره در لوب فوقانی چپ
ب) آدنوپاتی یک طرفهٔ ناف ریه چپ بدون تودهٔ داخلی ریوی
ج) بزرگی ناف ریه راست همراه با کولاپس لوب میانی راست بدون تودهٔ داخل ریوی
د) توده‌های متعدد در هر دو ریه

۱۱۱) یک آقای میانسال با شکایت تنگی نفس مراجعه کرده است. در CXR انجام شده بزرگی یک طرفه ناف ریه همراه با پهن شدن مدیاستن و بالازدگی دیافراگم چپ دیده می شود. در فلوروسکوپی دیافراگم چپ حرکات پارادوکس دارد. با توجه به مجموع یافته های فوق محتمل ترین تشخیص در این بیمار چیست؟

الف- کانسر ریه
ب- اوانتراسیون
ج- TB
د- امپیم

۱۱۲) در CT اسکن مدیاستن، کدام ساختمان زیر در قدام نسبت به شریان‌های بزرگ مدیاستن (آنورت و پولمونر) قرار می‌گیرد؟

الف) ورید آزیگوس
ب) ورید ساب کلاوین چپ
ج) ورید براکیوسفالیک چپ
د) ورید براکیوسفالیک راست

۱۱۳) کدام CXR زیر بیشتر با TB فعال ریوی تطابق دارد؟

الف) دو سایه آلوئولی با کانون‌های کلسیفیکاسیون یکی در لوب فوقانی ریهٔ چپ و دیگری در لوب تحتانی راست
ب) سایه‌های کروی متعدد با حدود مشخص به قطر 25 تا 5 میلی‌متر در ریه دو طرف
ج) یک سایهٔ کروی با حدود نامشخص به قطر ۲۲ میلی‌متر بدون کلسیفیکاسیون و با حفره در سگمان خلفی لوب فوقانی
د) سایه با حدود مشخص در قلهٔ هر دو ریه بدون کلسیفیکاسیون

۱۱۴) خانم ۴۵ ساله‌ای با شکایت دیس فاژی مراجعه کرده است. بیمار یک CXR و یک گرافی ساده دست همراه دارد. در CXR سایه‌های منتشر کوچک در قاعدهٔ هر دو ریه همراه با بزرگی ناف ریه دو طرف و خوردگی دیستال کلاویکل دیده می‌شود. انتظار دارید در گرافی سادهٔ دست کدام یافتهٔ زیر را داشته باشیم؟

الف) کلسیفیکاسیون بافت نرم
ب) اروزیون در مفاصل متاکارپوفالنژیال
ج) گرافی نرمال
د) نمای Lace Like

۱۱۵) یک آقای ۶۰ ساله با شکایت درد شکم بعد از خوردن غذا مراجعه کرده است . در سونوگرافی اندازه پانکراس به صورت منتشر کاهش یافته است . مجرای اصلی پانکراس منظم ، قطر آن ۲ میلیمتر است .جدار کیسه صفرا ضخیم شده است و چند کانون اکوژن با سایه آکوستیک درون آن دیده می شود . کدام تشخیص محتمل تر است ؟

الف- کوله سیستیت مزمن
ب- پانکراتیت مزمن
ج- پانکراتیت حاد
د- کانسر کیسه صفرا

۱۱۶) در سونوگرافی یک پسر ۱/۵ ساله که به دلیل تاخیر رشد ، تحت ارزیابی است . افزایش ضخامت جدار مثانه و ترابکولاسیون دیده می شود . اندازه و اکوی پارانشیم کلیه ها طبیعی است و هیدرونفروز وجود ندارد . آزمایش کامل ادرار و کشت ادرار نرمال است. کدام روش را به عنوان اقدام بعدی پیشنهاد می کنید ؟

الف- VCUG
ب- یورتروگرافی رتروگرید
ج- IVP
د- سیستوگرافی

۱۱۷) در یک CT مرد میانسالی که با شکایت هماچوری همراه درد فلانک راست مراجعه کرده است یک توده با کلسیفیکاسیون همراه با مناطق نکروز در قطب فوقانی کلیه راست دیده می شود . محتمل ترین تشخیص چیست ؟

الف – کارسینوم سلول کلیوی
ب- TB
ج- آنژیوم میولیپوم
د- انکوسیتوم

۱۱۸) بهترین روش برای تعیین سن حاملگی در هفته دهم کدام است؟

الف- تعیین فاصله پاریتال دو طرف در جنین
ب- تعیین قطر میانگین ساک حاملگی
ج- تعیین طول فمور جنین
د- تعیین طول فرق سر تا باسن جنین

۱۱۹) در گرافی رخ انجام شده از دست که برای تعیین سن استخوانی انجام شده است، در دیستال رادیوس ZPC (Zone Of provision Calcification) محو شده است. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟

الف) هیپرپاراتیروئیدی
ب) ریکتز
ج)سارکوئیدوز
د) تالاسمی

۱۲۰) در یک خانم ۳۰ ساله مشکوک به کانسر تیروئید با شکایت سرفه و درد مبهم سینه مراجعه کرده است ، برای تشخیص متاستاز تیروئید به ریه ها و مدیاستن ، بعد از انجام CXR ، کدام روش را پیشنهاد می کنید ؟

الف- CT اسکن معمولی با تزریق ماده حاجب
ب- MRI
ج- اسکن ید 123
د- HRCT

۱۲۱) یک آقای ۳۰ ساله مبتلا به ، کانسر تیروئید ، برای staging قبل از جراحی ، بررسی می شود . برای تشخیص متاستازها ی استخوان کدام اسکن را پیشنهاد می کنید ؟

الف- اسکن با I 123
ب- اسکن با I 131
ج- اسکن فسفات نشان دار با TC $_{m}$99
د- اسکن فسفات نشان دار با I 123

۱۲۲) یک خانم ۴۸ ساله با سابقه جراحی به دلیل هرنیاسیون دیسک ، مجددا با علائم کمر درد و درد های رادیکولار مراجعه کرده است . برای تشخیص عود هرنیاسیون کدام روش زیر بهتر است ؟

الف- MRI به روش fat suppress
ب- MRI با تزریق گادولینوم
ج- CT میلوگرافی
د- میلوگرافی ساده

۱۲۳) یک آقای ۶۲ ساله با شکایت همی پارزی که به صورت ناگهانی از دو ساعت قبل شروع شده است . به اورژانس آورده شده است . وجود کدام یافته زیر در CT اسکن مغز، بیشتر مطرح کننده انفارکتوس مغزی در اوست ؟

الف- ناحیه هیپردنس در کورتکس
ب- یک ناحیه هیپودنس با اثر فشاری و ادم اطراف
ج- نواحی متعدد هیپودنس با ring enhancment
د- CT اسکن نرمال

۱۲۴) آقای ۴۵ ساله با سابقه سرفه و تنگی نفس خفیف مراجعه کرده است. در رادیوگرافی قفسه سینه افیوژن پلور در سمت راست به میزان قابل ملاحظه بدون جابجایی قلب و مدیاستن و همراه با افزایش پهنای مدیاستن مشاهده می‌شود. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) کارسینوم برونکوژنیک
ب) پنومونی و افیوژن مجاورتی
ج) انفارکت ریه
د) نارسایی قلب

۱۲۵) در ماموگرافی غربالگری خانم ۵۰ ساله‌ای، تصویر کانون Dense با حاشیه نامنظم در عمق بافت پستان راست دیده می‌شود و در مجاورت آن میکروکلسیفیکاسیون‌هایی مشهود است. در معاینه ضایعه‌ای لمس نمی‌شود. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟

الف) ماموگرافی یک سال بعد
ب) ارجاع جهت بیوپسی
ج) معاینه بالینی هر ۶ ماه
د) سونوگرافی از هر دو پستان

۱۲۶) در آقای میانسالی که با درد و تورم اطراف شست پا مراجعه کرده است. در رادیوگرافی انجام شده تورم نسج نرم به همراه اروزیون استخوان با حاشیه اسکلروتیک و بدون کاهش فاصله مفصلی دیده می‌شود. استئوپروز واضح مشهود نیست. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟

الف) آرتریت نقرسی
ب) آرتریت چرکی
ج) آرتریت روماتوئید
د) آرتروپاتی دژنراتیو

۱۲۷) در CXR انجام شده از یک خانم ۳۵ ساله، هیپرلوسنسی موضعی همراه با یک سایهٔ خطی در قسمت فوقانی همی‌توراکس چپ دیده می‌شود. تراشه در سمت راست خط وسط قرار دارد. اندازهٔ مدیاستن طبیعی است. نصف قلب در سمت چپ قرار گرفته است. دیافراگم راست وچپ در یک سطح قرار دارند. انتظار کدام پدیدهٔ زیر را دارید؟

الف) کولاپس غیر فعال
ب) آتلکتازی خطی
ج) دریچهٔ یک طرفهٔ برونش لوب فوقانی چپ
د) انسداد کامل برونش لوب فوقانی چپ

۱۲۸) در صورت شک به Stress FX چند روز بعد از شروع درد توصیه به انجام گرافی می کنید؟

الف) ۳ روز ب) یک هفته ج) ۱۴-۱۰ روز د) ۳ هفته بعد

۱۲۹) در MRI نخاع یک بیمار دچار پاراپلژی، یک تومور اینترادورال اینترامدولری در سگمان T6-T8 دیده می شود. کدام تشخیص با یافته ی فوق تطابق دارد؟

الف) مننژیوم ب) گلیوم نخاع ج) نوروفیبروم د) متاستاز

۱۳۰) خانمی ۳۸ ساله با درد انگشتان دست مراجعه کرده است در گرافی انجام شده خوردگی بند دیستال انگشتان دست کلسیفیکاسیون بافت نرم انگشتان به چشم می خورد. شواهد فوق با کدام بیماری منطبق است؟

الف) RA ب) SLE ج) دیابت د) اسکلرودرمی

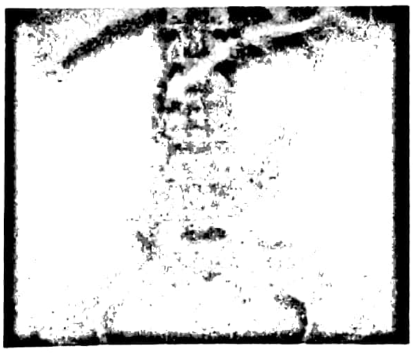
۱۳۱) بیماری با اسهال مزمن، درد شکم و کاهش وزن مراجعه کرده است. تصاویر باریوم انمای زیر مربوط به سیر بیماری این بیمار است. تشخیص کدام است؟

الف) لنفوم ب) کرون
ج) کولیت اولسرو د) کولیت ایسکمیک



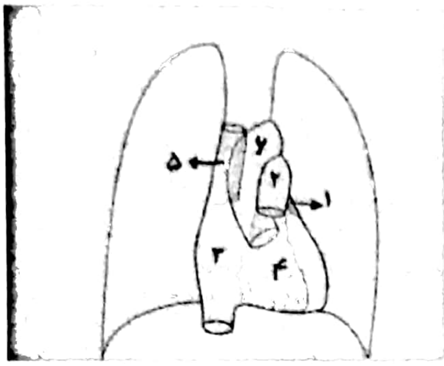
۱۳۲) در بیماری با دیستانسیون و درد شکم، تصویر رادیولوژیک نشاندهنده‌ی اتساع شدید کولون از سکوم تا خم طحالی بصورت زیر است. تشخیص کدام است؟

الف) انسداد کولون ناشی از کارسینوم ب) ایلئوس پارالیتیک
ج) آنتروکولیت نکروزان د) مگاکولون توکسیک



۱۳۳) در شکل زیر به ترتیب، کدام اعداد نشاندهنده‌ی بطن راست و شریان آئورت هستند؟

الف) ۲، ۳ ب) ۳، ۶ ج)۴، ۶ د) ۴، ۲



۱۳۴) در بیماری که دچار هماچوری واضح شده در IVU، نقص پرشدگی با حاشیه کمی نامشخص در کالیس کلیه چپ رونیت شده ولی امکان افتراق تومور از لخته‌ی خون وجود ندارد. کدامیک از اقدامات زیر بدین منظور، مفیدتر است؟

الف) CT اسکن بدون کنتراست ب) سونوگرافی

ج) پیگیری با انجام IVU مجدد د) عکس ساده‌ی شکم

۱۳۵) کودک ۲ ساله ای با بزرگی پهلوی چپ سونوگرافی به عمل می آید که رادیولوژیست توده ای Solid و ۴ سانتی متری در پل تحتانی کلیه با کلسیفیکاسیون گزارش می کند. تشخیص محتمل کدام است؟

الف) ویلمز ب) نوروبلاستوم

ج) RCC د) لنفوم

۱۳۶) حداکثر دیامتر لنف نودهای طبیعی در مدیاستن چقدر است؟

الف) 2mm ب) 5mm

ج) 10mm د) 15mm

فارماکولــــوژی

۱۳۷) قلب از طریق کدامیک از گیرنده های زیر تاکی کاردی ایجاد نمی کند؟

الف) $\beta 1$ ب) α ج) $\beta 2$ د) هیچ کدام

۱۳۸) مهمترین علت مرگ در مسمومیت با اکوتیوفات چه می باشد؟

الف) نارسائی حاد قلب ب) نارسائی تنفسی ج) اریتمی د) الف و ب

۱۳۹) عارضه داروی زفیرلوکاست کدام مورد می باشد؟

الف) سندرم چرج اشتراوس ب) انمی مگالوبلاستیک ج) کبد چرب د) ترومبرستومپنی

۱۴۰) کدامیک از داروهای زیر تاثیر ضد انعقادی وارفارین را کاهش می دهد؟

الف) اریترومایسین ب) سایمتیدین ج) امیودارون د) فنی توئین

۱۴۱) کدامیک جزء عوارض سیم واستاتین نمی باشد ؟

الف) تراتوژن در بارداری ب) افزایش بلی روبین ج) درد شدید عضلانی د) افزایش آنزیمهای کبدی

۱۴۲) عارضه مصرف همزمان لووستاتین و ازتیماب چیست؟

الف) افزایش سمیت کبدی ب) راش پوستی ج) افزایش تشکیل سنگهای صفراوی د) خارش

۱۴۳) قویترین ضد التهاب در بین داروهای زیر کدام است؟

الف) کتورولاک ب) دیکلوفناک ج) ایندومتاسین د) ایبوبروفن

۱۴۴) کدامیک جزء عوارض مصرف الوپورینول می باشد؟

الف) سمیت در شبکیه چشم ب) واسکولیت ج) نارسائی کلیوی د) افزایش آنزیم کبدی

۱۴۵) کدامیک از داروهای زیر باعث کاهش اثرات OCP نمی شوند؟

الف) کاربامازیین ب) کورتون ج) فنی توئین د) وارفارین

۱۴۶) داروی اتوسوکسیماید از طریق چه مکانیزمی تشنج را کنترل می کند؟

الف) بلوک کانال سدیم ب) بلوک کانال کلسیم

ج) افزایش نفوذپذیری به پتاسیم د) تاثیر از طریق رسپتور GABA

۱۴۷) کدامیک از عوارض لوو دو پا نمی باشد؟

الف) ارتوستاتیک هایپوتنشن ب) میوکلنوس ج) سایکوز د) افزایش آنزیمهای کبدی

۱۴۸) آقائی ۱۸ ساله با علائم جنون به روانپزشک مراجعه کرده است و تحت درمان با فلوفنازین قرار گرفته است. بعداز مدتی با رژیدیتی و ترمور در اندامها مراجعه کرده است جهت درمان چه اقدامی را انجام نمی دهیم؟

الف) کاهش دوز داروها ب) تجویز آنتی موسکارین

ج) تبدیل دارو به هالوپریدول د) تبدیل دارو به آنتی سایکوز های آتیپیک

۱۴۹) کدام عارضه جزء زیپراسیدون نمی باشد؟

الف) خشکی دهان   ب) یبوست   ج) افزایش وزن   د) بی قراری فیزیکی

۱۵۰) آقای جوان بیست ساله ای را با کاهش سطح هوشیاری به اورژانس آورده اند. در معاینات مردمک ها میوز و ریت تنفس ۴ عدد در دقیقه می باشد . در این بیمار چه اقدامی را انجام نمی دهیم؟

الف) فراخواندن تیم احیاء   ب) تجویز دکستروز پنجاه درصد

ج) تجویز بوپرنورفین   د) تجویز نالوکسان

۱۵۱) خانم ۲۵ ساله ای به دنبال خودکشی با دیژیتال با شرح حال تهوع، اسهال و اختلال بینائی به اورژانس آورده شده است و در نوار قلب بیمار آرتیمی دیده می شود. در درمان کدام موارد زیر انجام نمی شود؟

الف) تجویز پتاسیم   ب) آنتی بادی   ج) تعبیه pace maker   د) هیدراتاسیون

۱۵۲) پیرزن ۸۰ ساله با سابقه دیالیز مکرر در حال حاضر با شرح حال سوزش سردل مراجعه کرده است. با تشخیص سوء هاضمه کدام دارو را نمی توانیم تجویز کنیم؟

الف) هیدروکسید منیزیوم   ب) هیدروکسید آلومینیوم   ج) امپرازول   د) رانیتیدین

۱۵۳) بیمار پیرزن ۷۵ ساله ای با شرح حال اسهال های مکرر مراجعه کرده است. بیمار سابقه ۲۵ ساله دیابت تایپ 2 را دارد و تحت درمان است با تشخیص اسهال در زمینه نوروپاتی ، در درمان وی چه دارونی تجویز می شود؟

الف) کلسترامین   ب) NSAID   ج) کلونیدین   د) کنودیول

۱۵۴) بیمار آقای ۴۰ ساله با تشخیص IBD تحت درمان با سولفاسالازین می باشد . کدامیک جزء عوارض داروی وی نمی باشد؟

الف) سردرد   ب) میالژی   ج) ارترالژی   د) افزایش آنزیم های کبدی

۱۵۵) داروهای آنتی بیوتیک پنی سیلین از چه طریقی اثر ضد میکروبی خود را اعمال نمی کنند؟

الف) مهار آنزیم ترانس پپتیداز   ب) اتصال دارو به گیرنده اختصاصی

ج) فعال کردن آنزیم اتولیتیک   د) مهار سنتز پروتئین

۱۵۶) نوزادی ۲۰ روزه به دنبال تزریق داروئی دچار افت RBC سیانوز و کاهش فشار خون شده است. احتمال مصرف چه داروئی را می دهید؟

الف) اریترومایسین   ب) سیفیکسیم   ج) سفوتاکسیم   د) کلرامفنیکل

۱۵۷) اصلی ترین عامل کولیت پسودو ممبرانوس کدام است؟

الف) مترونیدازول   ب) کلیندامایسین   ج) وانکومایسین   د) تلیترومایسین

۱۵۸) خانم ۶۰ ساله با سابقه HTN در حال حاضر BP=220/140 مراجعه کرده است. در آزمایشها Cr=3 می باشد. برای پایین آوردن فشارخون بیمار چه اقداماتی انجام نمی شود؟

الف) بتابلوکر و لازیکس   ب) فنولدوپام   ج) هیدروکلروتیازید   د) دیازوکساید

۱۵۹) داروی انتخابی در آرتیمی بطنی بعد از MI کدام است؟

الف) لیدوکائین   ب) دیگوکسین   ج) پروکائین آمید   د) سوتالول

۱۶۰) کدام جزء عوارض فوروسماید نیست؟

الف) هیپوولمی ب) سمیت شنوایی ج) آلرژی به ساختمان سولفونامیدی د) سنگ ادراری

۱۶۱) کدام آنتی دوت صحیح است؟

الف) فیزوستگمین برای مسمومیت با TCA
ب) کلسیم برای مسمومیت با فلوراید
ج) فلومازنیل برای مسمومیت با باربیتورات
د) پروتامین برای مسمومیت با فونداپارینوکس

۱۶۲) کدام صحیح است؟

الف) تامسولوزین مهارکننده $\alpha 2$
ب) فنتولامین مهارکننده برگشت ناپذیر α
ج) لابتولول مهار کننده α و β
د) تیمولول مهارکننده انتخابی $\beta 1$

۱۶۳) در محیط آزمایشگاهی آلیسین مهار کننده کدام گزینه نیست؟

الف) HMG-COA reductase
ب) ACE
ج) تجمع پلاکتی
د) اکسید نیتریک

۱۶۴) کدام گزینه از عوارض جینسینگ نیست؟

الف) ماستالژیا ب) افزایش آنزیم کبدی ج) هیپرتانسیون د) insomnial

۱۶۵) در کدام داروی گیاهی زیر، تداخل دارویی یا سمیت گزارش نشده است؟

الف) خار مریم ب) سیر
ج) جنسینگ د) کلا گیاهان دارویی، سمیت ندارند

۱۶۶) در مورد مکملهای تغذیه ای، کدام گزینه صحیح نیست؟

الف) گلوکوزامین می تواند باعث تهوع و اسهال شود
ب) ملاتونین در درمان اختلال خواب، کاربرد دارد
ج) ملاتونین باعث کاهش باروری می شود
د) در گلوکوزامین، تداخل دارویی شایع است

۱۶۷) یک خانم ۴۵ ساله دیابتی که به دلیل فشار خون هیدروکلروتیازید شروع می کند، در معرض کدام عارضه این دارو می باشد؟

الف) هیپوناترمی ب) هیپوگلیسمی ج) هیپرکالمی د) اسیدوز

۱۶۸) کدام داروی زیر نفروتوکسیسیتی جنتامایسین را تشدید نمی کند؟

الف) فوروسماید ب) وانکومایسین ج) سیسپلاتین د) کلیندامایسین

۱۶۹) در مورد تداخل سولفونامید با سایر داروها کدام گزینه صحیح است؟

الف) افزایش خطر هیپوگلیسمی در اثر مکانیسم رقابت با سولفونیل اوره در اتصال به پروتئین پلاسما
ب) نیاز به افزایش دوز وارفارین در اثر مکانیسم رقابت با وارفارین در اتصال به پروتئین پلاسما
ج) افزایش خطر هیپوگلیسمی در اثر کاهش متابولیسم کبدی سولفونیل اوره ها
د) نیاز به افزایش دوز وارفارین در اثر افزایش متابولیسم کبدی آن

۱۷۰) کدامیک از علائم مسمومیت با مونوکسید کربن نیست؟

الف) آلکالوز متابولیک ب) خونریزی شبکیه ج) کوما د) تشنج

۱۷۱) به یک بیمار چهل ساله مبتلا به دیابت تیپ دو، کلرپروپامید همراه آکاربوز تجویز شده است. کدام توصیه زیر به وی غلط است؟

الف) در صورت بروز علائم هیپوگلیسمی، باید از مواد حاوی سوکروز به صورت خوراکی استفاده شود
ب) احتمال نفخ و اسهال وجود دارد
ج) مصرف همزمان کوتریموکسازول، خطر هیپوگلیسمی را در او زیاد می کند.
د) احتمال افزایش وزن با مصرف دارو بیشتر می شود.

۱۷۲) کدام داروی زیر آنتاگونیست خالص گیرنده استروژن در همه بافتها است؟

الف) فول وسترانت (Fulvestrant)
ب) آناستروزول (Anastrozole)
ج) لوپرولید(Leuprolide)
د) میفه پریستون (Mifepristone)

۱۷۳) در بیمار که به دلیل درماتوفیتوز در حال مصرف کتوکونازول می باشد، به دلیل کهیر مراجعه کرده است. برای درمان کهیر چه انتی هیستامینی را نباید تجویز کنید؟

الف) ترفنادین
ب) کلماستین
ج)پرومستازین
د) مکلیزین

۱۷۴) کدام گلوکوکورتیکوئید زیر طولانی اثر تر است؟

الف) پردینزون
ب) تریامسینولون
ج) بتامتازون
د) میتل پردینزولون

۱۷۵) قدرت ضدالتهابی کدام گلوکوکورتیکوئید بیشتر است؟

الف) هیدروکورنیزون
ب) دگزامتازون
ج) تریامسینولون
د) پردینزون

۱۷۶) در مورد Ramelteon کدام گزینه صحیح نیست؟

الف)باعث فعال نمودن رسپتورهای ملاتونین واقع در هسته های سوپراکیاسماتیک می شود
ب) علائم ترک ایجاد نمی کند و اعتیاد آور نیست.
ج) باعث کاهش تستسترون و افزایش پرولاکتین می شود
د) با ریفامپین و آزول ها تداخل ندارد

۱۷۷) کاربرد بالینی داروی کلسیترامین در کدام موارد می‌باشد؟

الف) هایپرترمی گلیسیریدیمی
ب) درمان بیماری فیتواسترولمی
ج) کاهش خارش در بیماران دچار کلستاز
د) هیپراوریسمی

۱۷۸) داروهای ضد تشنج از طریق کدام یک از مکانیزم‌های زیر عمل می‌کنند؟

الف) باز کردن کانال‌های سدیمی
ب) افزایش نفوذپذیری به پتاسیم
ج) باز کردن کانال کلسیم
د) اگونیست رسپتور گلوتامات

۱۷۹) با مصرف طولانی مدت اپیونیدها تحمل نسبت به کدام اثرات آنها ایجاد نمی‌شود؟

الف) دپرسیون تنفسی
ب) یبوست
ج) میوز
د) ب و ج

۱۸۰) کدام یک از عوارض داروهای OCP نمی‌باشد؟

الف) افسردگی
ب) افزایش انعقاد در نتیجه DVT
ج) آلکالوز هایپوکالمیک
د) ایجاد کانسر پستان زودهنگام

۱۸۱) کاربرد بالینی گلوکورتیکوئیدها کدام موارد زیر می‌باشد؟

الف) درمان هایپرکلسمی
ب) هیپوگنادیسم اولیه
ج) درمان هایپرکلسترولمی
د) درمان مانیا

۱۸۲) کدام یک از داروهای زیر احتمال ایجاد سندرم نورولپتیک بدخیم را دارد؟

الف) هالوپریدول
ب) کلوزاپین
ج) بنزودیازپین
د) لیتیوم

۱۸۳) کدام یک از آنتی‌بیوتیک‌های زیر باکتریوسیدال هست؟

الف) تتراسیکلین
ب) مینوسیکلین
ج) لینکوزامید
د) استرپتوگرامین‌ها

۱۸۴) کدامیک از موارد زیر به عنوان آنتی‌دوت درست می‌باشد؟

الف) استیل سیستئین آنتی‌دوت نمک‌های آهن
ب) اتروپین آنتی دوت مهار کننده‌های کولین استراز
ج) اتانول پادزهر B بلوکر
د) فیزوستیگمین آنتی دوت ارگانوفسفره

۱۸۵) کدامیک از عوارض زیر مربوط به بومتانید می‌باشد؟

الف) اسیدوز متابولیک هایپوکالمیک
ب) هیپرکلسمی
ج) سمیت شنوائی
د) سنگ ادراری

۱۸۶) کدامیک از عوارض زیر مربوط به اسپیرنولاکتون می‌باشد؟

الف) آلکالوز متابولیک هایپرکالمیک
ب) ژنیکوماستی
ج) هیپرکلسمی
د) هایپرناترمی

۱۸۷) کدامیک از داروهای ذیل اثر توبوکورارین را افزایش می‌دهد؟

الف) آمینوگلیکوزیدها
ب) تیازیدها
ج) فلوکستین
د) آمیلودیپین

۱۸۸) شایعترین عارضه مصرف ژمفیبروزیل کدام می‌باشد؟

الف) راش پوستی
ب) تهوع
ج) افزایش تشکیل سنگ‌های صفراوی
د) اختلالات انعقادی

۱۸۹) کدام یک از اثرات زیر از آثار داروی دیگوکسین نمی‌باشد؟

الف) افزایش EF بطنی
ب) کاهش اندازه قلب در پایان سیستول
ج) کاهش دوره‌ی تحریک ناپذیری گره AV
د) افزایش جریان خون کلیه

۱۹۰) کدامیک از عوارض ایزونیازید نمی‌باشد؟

الف) سندرم شبه لوپوس
ب) هپاتوتوکسیک
ج) هموگلوبینوری
د) ترومبوسیتوپنی

۱۹۱) کدامیک از مکانیزم‌های زیر مربوط به داروهای بی گوانید نمی‌باشد؟

الف) گلوکونئوژنز کبدی مهار می‌شود و اثر بر گلوکونئوژنز کلیوی ندارد
ب) تحریک جذب گلوکز و گلیکولیز در بافت‌های محیطی
ج) آهسته کردن جذب گلوکز از دستگاه گوارش
د) حفظ باروری

۱۹۲) کدامیک از مکانیزم‌های اثر مذکور مربوط به کلشی سین نمی‌باشد؟

الف) تولید لکوترین B4 را افزایش می‌دهد
ب) مهار کننده‌ی انتخابی فعالیت میکروتوبول
ج) مهاجرت لکوسیت و فاگوسیتوز را کاهش می‌دهد
د) سنتز رادیکال آزاد را کم می‌کند

۱۹۳) مکانیسم کدام داروی ضد فشار خون زیر صحیح نیست؟

الف) متیل دوپا- آگونیست انتخابی آلفادو
ب) هگزامتونیوم- آگونیست گیرنده نیکوتین
ج) رزرپین- تخلیه پایانه عصبی از نوراپی‌نفرین
د) MAOI- ذخیره سازی نوروترانسمیتر کاذب

۱۹۴) کدامیک از اثرات داروهای آنتی‌موسکارینی نیست؟

الف) خواب‌آلودگی
ب) میدریاز
ج) مهار اتساع عروق
د) شل شدن عضلات اسکلتی

۱۹۵) در مورد کاربرد بالینی داروهای آنتی‌موسکارینی کدام صحیح نیست؟

الف) آتروپین برای کاهش ترشحات تنفسی کاربرد دارد
ب) ایپراتروپیوم برای COPD ، بیشتر از آسم اثر دارد
ج) داریفناسین برای بی‌اختیاری ادرار و استرس کاربرد دارد
د) آنتی‌موسکارینی‌ها برای کاهش اسهال از لوپرامید موثرترند.

۱۹۶) در کدام عفونت زیر وانکومایسین توصیه نمی‌کنید؟

الف) استاف حساس به متی‌سیلین
ب) پنوموکوک مقاوم به پنی‌سیلین
ج) کلستریدیوم دیفیسیل
د) انتروکوک

۱۹۷) هیپوکالمی به نفع مسمومیت با کدام گروه دارویی زیر است؟

الف) بتابلوکر
ب) دیژیتال
ج) لیتیم
د) تولوئن

۱۹۸) یک مرد جوان با کاهش سطح هوشیاری تهوع و استفراغ، به مسمومیت با متانول مراجعه کرده است کدام گزینه در مورد وی صحیح نیست؟

الف) اسمولار گپ در او مثبت خواهد بود
ب) Anion gap در او کمتر از ۱۶ خواهد بود
ج) اتانول وریدی به عنوان آنتی‌دوت کاربرد دارد
د) لاواژ معده بعد از تعبیه‌ی لوله تراشه توصیه میشود

۱۹۹) کدام یک از کاربردهای داکسی سایکلین نیست؟

الف) لایم
ب) پیشگیری از مالاریا
ج) آمیب
د) SIADH

۲۰۰) برای یک خانم جوان مبتلا به هیپرتیروئیدی متی‌مازول تجویز می‌کنید، از شما در مورد اثرات و عوارض دارویش سوال می‌کند . کدام گزینه صحیح نیست؟

الف) شایع‌ترین عارضه آن، راش پوستی است
ب) می‌تواند باعث آگرانولوسیتوز شود که اغلب برگشت‌پذیر نمی‌باشد
ج) در صورت بارداری باید داروی خود را عوض کند
د) شروع اثر آن ۴-۳ هفته طول می‌کشد

۲۰۱) بیماری که بدلیل، فشارخون مقاوم تحت درمان است در CXR، افیوژن پلور و بزرگی قلب و در اکوکاردیوگرافی، افیوژن پریکارد گزارش شده است و تست ANA مثبت است. کدام دارو می‌تواند مسئول این علائم باشد؟

الف) هیدرالازین
ب) مینوکسیدیل
ج) نیتروپروساید
د) آملودیپین

۲۰۲) در مورد آکاربوز، کدام گزینه صحیح است؟

الف) باعث کاهش قند خون ناشتا می‌شود
ب) یک ساعت بعد از غذا تجویز می‌شود
ج) در پیشگیری از دیابت تیپ دو اثر دارد
د) هیپوگلیسمی از عوارض آن است

۲۰۳) کدام انسولین زیر متوسط الاثر محسوب می‌شود؟

الف) گلارژین ب) دتمیر ج) NPH د) لیسپرو

۲۰۴) در مورد ترامادول، کدام گزینه صحیح نیست؟

الف) آگونیست ضعیف رسپتور μ می‌باشد
ب) اثر آن توسط نالوکسان به طور ناکامل خنثی می‌شود
ج) در بیماران تشنجی، کنتراندیکاسیون مطلق دارد
د) اثر ضد درد آن ناشی از مهار بازجذب سروتونین است.

۲۰۵) در یک شیرخوار مبتلا به مننژیت درمان با آنتی‌بیوتیک تزریقی است، در اورژانس دچار سیانوز و افت فشارخون شده است و در بررسی آزمایشگاهی، افت Hb و RBC دارد. کدام داروی زیر می‌تواند عامل این علائم باشد؟

الف) سفتریاکسون ب) کلرامفنیکل ج) ایمی‌پنم د) وانکومایسین

۲۰۶) یک مرد جوان مبتلا به TB که تحت درمان با ایزونیازید و ریفامپین می‌باشد، با شکایت، بی‌قراری و بی‌خوابی مراجعه کرده است و در معاینه انقباضات ظریف عضلانی و علائم نوریت در دست‌ها دارد. چه توصیه‌ای می‌کنید؟

الف) تجویز کلردیازپوکساید
ب) تبدیل ریفامپین به ریفامپسین
ج) اضافه کردن استرپتومایسین
د) تجویز ویتامین B6

۲۰۷) کدام گزینه از کاربردهای استازولامید نیست؟

الف) ادم همراه با آلکالوز متابولیک
ب) گلوکوم حاد و شدید
ج) بیماری ارتفاع
د) سیروز

۲۰۸) یک مرد میانسال به دلیل CHF و فشار خون تحت درمان می‌باشد و در بررسی آزمایشگاهی، آلکالوز و هیپوکالمی دارد. کدام داروی زیر، توجیه کننده‌ی این علائم می‌باشد؟

الف) هیدروکلروتیازید ب) اسپرینولاکتون ج) لوزارتان د) دیژیتال

۲۰۹) نیترات‌ها بر کدام یک از عضلات زیر اثر مستقیم ندارند؟

الف) میوکارد ب) عضلات برونش د) عضلات صاف GI د) ادراری- تناسلی

۲۱۰) یک مرد میانسال با درد RUQ مراجعه کرده است و در سونوگرافی سنگ صفرا گزارش شده است. برای تسکین درد کدام مسکن را توصیه می‌کنید؟

الف) مورفین ب) لوپرامید ج) فنتانیل د) مپریدین

۲۱۱) کدام داروی زیر به عنوان کاهنده ترشح زلالیه به صورت موضعی در گلوکوم به کار می‌رود؟

الف) استازولامید
ب) آپراکلونیدین
ج) لاتانوپروست
د) پیلوکارپین

۲۱۲) طولانی شدن QT و QRS از عوارض کدام داروی زیر است؟

الف) کتانسرین ب) دولاسترون ج) آلوسترون د) اندانسترون

۲۱۳) کدام داروی زیر مهار کننده سنتز استروئید <u>نیست</u>؟

الف) اسپیرنولاکتون ب) متی‌راپون ج) کتوکونازول د) آمینوگلوتتماید

۲۱۴) "Tolerance" در کدام داروی زیر <u>بیشتر</u> است؟

الف) بوسپیرون ب) زالپلون ج) زولپیدم د) لورازپام

۲۱۵) در صورت وجود تشنج تونیک کلونیک و ابسانس به صورت همزمان کدام داروی زیر را توصیه میکنید؟

الف) اتوسوکسامید ب) فنی‌توئین ج) کاربامازپین د) والپروات

۲۱۶) کدامیک جزء عوارض سوکسینیل کولین نیست؟

الف) درد عضلانی ب) اختلال عملکرد اعصاب محیطی

ج) هیپرترمی بدخیم د) هیپوکالمی

۲۱۷) لیودورتیکولاریس جزء عوارض کدام داروی ضد پارکینسون است؟

الف) آمانتادین ب) تولکاپین ج) روپی نیرول د) پرگولید

۲۱۸) کدامیک از آنتی بیوتیکهای زیر در درمان عفونت ناشی از کوکسی های گرم مثبت و ارگانیسم های بیهوازی موثر است ولی روی باسیل های گرم منفی موثر نمی باشد؟

الف) Vancomycin ب) Metronidazol

ج) Chloramphenicol د) Clindamycin

۲۱۹) داروی زالپلون (Zaleplon) دارای کدامیک از اثرات زیر است؟

الف) شل کنندگی عضلات ب) ضد تشنج ج) تقویت اثر مهاری گابا د) آمنزی

۲۲۰) مرد باغبانی با علایم مسومیت با سموم ارگانوفسفره به اورژانس آورده شده است. کدامیک از داروهای زیر می تواند بطور مستقیم با سم ارگانوفسفره واکنش نشان داده واثرات آن را از بین ببرد؟

الف) پیریدوستیگمین ب) آتروپین ج) تری متافان د) پیرالیدوکسیم

۲۲۱) عارضه کدامیک از داروهای زیر افزایش فشار خون می باشد؟

الف) ونلافاکسین ب) بوپروپیون ج) سیتالوپرام د) آمی تریپتیلین

۲۲۲) کدامیک از داروهای پایین آورنده کلسترول از طریق ممانعت جذب روده ای کلسترول اثر می کند؟

الف) نیاسین (اسید نیکوتینیک) ب) کلوفیبرات

ج) ازه تیمیب (Ezetimib) د) سیمواستاتین

۲۲۳) در خانمی که مبتلا به IBS شدید همراه با اسهال می باشد، داروی انتخابی کدام است؟

الف) تگاسرود ب) هیوسین ج) آلوسترون د) ضد افسردگی های سه حلقه ای

۲۲۴) کدام یک از داروهای زیر از طریق تسهیل خروج مایع زلالیه چشم در گلوکوم کاربرد ندارد؟

الف) پیلوکارپین ب) اپی نفرین ج) لاتانوپروست د) تیمولول

۲۲۵) کلوزاپین به کدام یک از گیرنده های زیر وابستگی کمتری دارد ؟

الف) H_1 ب) $5-HT_2$ ج) D_2 د) α_1

۲۲۶) یک دانشجو توسط دوستان خود به اورژانس آورده شده است . دوستان بیمار به پزشک می گویند که وی بعد از مصرف یک ماده ، ناگهان « دیوانه » شد . بیمار براشفته است و هذیان می گوید . چند نفر برای آرام کردن او لازم هستند. پوست بدن گرم و عرق کرده و مردمک ها متسع است . صداهای شکم طبیعی است . در معاینه ، تاکیکاردی ، افزایش شدید فشار خون ، هیپرترمی ، افزایش تون عضلات و نیستاگموس افقی و عمودی وجود دارد . بیمار به احتمال زیاد با کدام ماده مسموم شده است؟

الف) اکستازی ب) LSD ج) مسکالین د) فن سیکلیدین

۲۲۷) یک مرد ۵۸ ساله با سابقه هیپرلیپیدمی ، دارو مصرف می کند . ۶ ماه پس از درمان TG و LDL و VLDL بیمار کاهش یافته و HDL ۳۵٪ افزایش یافته است ، بیمار چه دارویی مصرف می کند ؟

الف) ازتیمایب ب) ژمفیبروزیل ج) لوواستاتین د) نیاسین

۲۲۸) یک مرد ۶۰ ساله با یک توده پروستات و افزایش PSA (آنتی ژن اختصاصی پروستات) مراجعه کرده است . در MRI ، چندین عقده لنفاوی بزرگ در بخش تحتانی شکم ، و در رادیوگرافی ، دو ضایعه اسکلروتیک در لگن استخوانی ملاحظه می شود. تجویز کدام یک از داروهای زیر در این بیمار مفید است ؟

الف) آناستروزول ب) دسوژسترول ج) فلوتامید د) اکساندرولون

۲۲۹) کدام یک از دسته دارویی زیر در درمان مناسبی برای مسمومیت با متیل گزانتین ها به شمار می روند؟

الف) β – آگونیست ها ب) β – بلوکرها ج) α – آگونیست ها د) بلوک کننده α

۲۳۰) بنزودیازپین ها بر روی کدام یک از گیرنده های زیر اثر تسهیلی دارند؟

الف) GABA-A ب) GABA-B ج) گلوتامات د) گلیسین

۲۳۱) کلیندامایسین علیه کدام یک از ارگانیسم های زیر موثر نیست؟

الف) بی هوازی ها مانند باکتروئید ب) کوکسی گرم مثبت
ج) پنوموسیستیس کارینی و توکسوپلاسما د) کلستریدیوم دیفیسیل

۲۳۲) کدام یک از داروهای زیر آنتاگونیست گیرنده D_2 دوپامین است و در درمان سندرم Touretts (ژیل دلاتوره) مناسب است ؟

الف- مکامیلامین ب- پیموزاید ج- تترابنازین د- بروموکریپتین

۲۳۳) مکانیسم اثر کلومیفن در تحریک تخمک گذاری کدام است ؟

الف- آنتاگونیست گیرنده استروژنی در هیپوفیز ب- آگونیست گیرنده GNRH در هیپوفیز
ج- آگونیست گیرنده گنادوتروپین در تخمدان د- آنتاگونیست گیرنده آندورژنی در تخمدان

۲۳۴) بیماری مقدار زیادی پروپرانولول مصرف کرده است و با افت سطح هوشیاری و برادیکاردی و افت فشار آورده شده است آنتی دوت مناسب برای وی کدام است ؟

الف- گلوکاگن ب- دیازوکساید ج- اپی نفرین د- کلسی تونین

۲۳۵) کدام یک از داروهای زیر آنتاگونیست گیرنده های استروژنی در رحم می باشد و خطر هایپر پلازی و کانسر اندومتر را افزایش نمی‌دهد ؟

الف- کلومیفن ب- تورمیفن ج- تاموکسی فن د- رالوکسی فن

۲۳۶) کلرامفنیکل در درمان کدام عفونت زیر بی تاثیر است ؟

الف- مننژیت مننگوکوکی ب- پنومونی هموفیلوس آنفولانزا

ج- اورتریت کلامیدیایی د- آرتریت استافی

۲۳۷) کدام داروی ضد ویروس در درمان عفونت‌های هرپسی موثر است؟

الف) OSeltamivir ب) Ribavirin ج) Trifluridine د) Amivudine

۲۳۸) تمام دسته داروهای زیر در درمان گلوکوم زاویه باز مزمن کاربرد دارند بجز؟

الف) آنتاگونیست رسپتور موسکارینی ب) آنالوگ $PGF_2\ \alpha$

ج) مهار کننده کربنیک آنهیدراز د) بتابلوکر

۲۳۹) Disulfiram Like reaction در مصرف همزمان الکل با کدامیک از داروهای زیر ایجاد می‌گردد؟

الف) آمفوتریسین B ب) گریزئو فولوین ج) جنتامایسین د) کلیندامایسین

۲۴۰) کدامیک از داروهای ضد فشار خون زیر دردرمان انسولینوما انتخابی است و مکانیسم عمل آن چگونه است؟

الف) دیازوکساید با مکانیسم باز کردن کانال پتاسیم ب) هیدرالازین با مکانیسم بازکردن کانال پتاسیم

ج) نیتروپروساید با مکانیسم باز کردن کانال کلسیم د) مینوکسیدیل با مکانیسم باز کردن کانال کلسیم

۲۴۱) مرد ۴۳ ساله‌ای که مبتلا به آنژین صدری است در مواقع داشتن درد قفسه سینه از TNG زیرزبانی استفاده می‌کند. مکانیسم اصلی داروی فوق در برطرف شدن آنژین صدری این بیمار کدام است؟

الف) کاهش تعداد ضربان قلب ب) گشادی عروق کرونری

ج)گشاد شدن شریان‌های محیطی و کاهش پس بار د) گشاد شدن وریدها و کاهش پیش‌بار

۲۴۲) کدامیک داروهای ضد افسردگی‌های زیر دارای مکانیسم اثر مشابهی با داروی فلوکستین می‌باشد؟

الف) بوپروپیون ب) ترازودون ج) ماپروتیلین د) سلژلین

۲۴۳) والدین نوجوان ۱۶ ساله خود را که مبتلا به سندرم پای بی‌قرار می‌باشد رابه نزد شما آورده‌اند. برای درمان این سندرم کدامیک از داروهای زیر را برای وی تجویز می‌نمائید؟

الف) روپی‌نیرول ب) هالوپریدول ج) تولکاپون د) رزربین

۲۴۴) یک بیمار مبتلا به صرع که تحت درمان دارویی قرار دارد، دچار ادم و افزایش وزن و احساس عدم تعادل و آتاکسی و کاهش میل جنسی شده است. به نظر شما کدام دارو را مصرف می کند؟

الف) فلبامات ب) توپیرامات ج) گاباپنتین د) فنی توئین

۲۴۵) نالوکسان اثر خود را بیشتر به کمک کدام گیرنده اپیونید اعمال می کند؟

الف) کاپا ب) دلتا ج) مو د) بتا

۱) الف - بیماری زردی انسدادی دارد ← اولین اقدام سونو

✓ Double channel sign = اتساع مجرای صفراوی داخل کبدی (در حالت عادی در سونو فقط باید ورید پورت دیده شود ← ورید پورت ← چون در کنار هم هستند)

✓ Double duct sign = دو داکت دیده می‌شود: پانکراتیک داکت + CBD : که علامت کانسر سر پانکراس می‌باشد.

✓ در زنان CBD = 4-7mm و اگر سنگ کله سیستکتومی شده تا 10mm هم نرمال

✓ PTC و ERCP در رادیولوژی کاربرد تشخیصی ندارند و کاربرد آنها درمانی (درمانی) است. اگرچه ERCP علت انسدادی را بهتر نشان می‌دهد ولی پانکراتیت می‌دهد)

✓ پس قدم بعدی تصویر در سوال MRCP است. و اگر بررسی پانکراس مطرح بود (مثلاً کانسر پانکراس) ← قدم بعدی CT می‌باشد.

✓ اگر کاندید جراحی نبود ← باید درناژ صفراوی برقرار کنیم ← برای انسداد (دیستال ← ERCP +stent) (اغلب کانسر پانکراس) (ناف کبد ← PTC +stent)

✓ Case مطرح شده CBD نرمال + اتساع داخل کبدی دارد ← پس در این غیر جراحی = PTC (چون نشانه انسداد ناف کبد است).

۲) ج - حساس‌ترین روش تصویر متاستاز استخوانی = MRI (اجسام کلسیفیه در MRI سیگنال ایجاد نمی‌کند اما استئوبلاستیک و متاستاز کم کلسیفیه نیز! پس بهترین و حساس‌ترین = MRI (مثل نکروز و سکولار استخوانی!)

✓ مزیت اسکن هسته‌ای اینه که whole Body (کل بدن) می‌شه پس در بیماری که کل بدن مد نظر است باید اسکن هسته‌ای انجام داد ← مثلاً فئوکروموسیتوم در آدرنال و CT دیدیم ولی اگر در آدرنال نبود باید کل بدن بررسی شود پس ← اسکن (MIBG) کل بدن.

پس اگر سؤالی مطرح شد که متاستاز به استخوان (مثلاً با آلکالن فسفاتاز بالا و ...) مطرح بود باید اسکن کنیم تا کل بدن بررسی شود ← اگر در پاسخ یک یا دو جا افزایش جذب نشان داد به مرحله‌ی بعدی یعنی گرافی ساده!

✓ MRI در دو حالت اندیکاسیون دارد: ① اگر اسکن مبهم بود ② اگر بیمار مثلاً با کانسر پروستات + پاراپلژی مراجعه کرده است پس بررسی نخاع مدنظر است و باید MRI کنیم (نه scan)

✓ PET زمانی توصیه می‌شود که می‌خواهیم کل متاستاز ها را بررسی کنیم (مثلاً متاستاز های خونی که کانسر ریه دارد چه به استخوان و چه به بافت نرم و ...) ← پس اگر PET هم داشتیم وقتی متاستاز به استخوان را درخواست کردند ← اسکن می‌کنیم (نه PET).

✓ اسکن = تکنسیم باند شده به فسفات آلی.

✓ حساسیت در متاستاز و استئومیلیت: MRI > اسکن > عکس ساده.

۱۳ ج - ✓ لنفوم می‌تواند ضایعات لیتیک و اسکلروتیک بدهد.

✓ متاستاز ها اکثراً لیتیک اند بجز از پستان و پروستات که اسکلروتیک اند. (P۱۲)

✓ شایعترین متاستاز ها (b تا ۲) ← پروستات و برست (ریه)

✓ سرطان هم شایعترین لیتیک هم شایعترین اسکلروتیک

✓ ولی پروستات فقط اسکلروتیک.

✓ لوسمی که با لنفوم در عملکرد ده تغییری ایجاد می‌کند اما در کودکان نمای پرمئتیو متعدد (ابد خورده) می‌دهد.

✓ متاستاز های استخوانی متعددند و در آنها واکنش پریوستی شایع نیست بجز نوروبلاستوم که در آن شایع است ـ اولین تشخیص در دیدن واکنش پریوستی: نوروبلاستوم و استئومیلیت

✓ کلیه و تیروئید متاستاز های منفرد هم می‌دهند!

✓ متاستاز هایی که در scan ↑ جذب دارند اما از جمله و سروبلکس می‌توانند نداشته باشند

✓ MM ممکن است در Scan استخوانی فعالیت نشان ندهد.

✓ MM همیشه لیتیک است با حاشیه‌ی مشخص و غیر اسکلروتیک.

✓ متاستاز معمولاً پدیکل مهره را می‌گیرد (برخلاف MM).

✓ کلاً ویژگی‌های را لیتیک MM بیشتر از متاستاز است اگرچه با ... ۳ مورد استثنا

✓ در MM افزایش Alk-p نداریم و به دلیل رشد آهسته اتساع کورتکس می‌دهد.

✓ اتساع کورتکس در بدخیمی تیروئید و کلیه دیده می‌شود (به جای تخریب شکل می‌گیرد)

۴) الف - کلسیفیکاسیون بافت نرم و خوردگی بند دیستال به نفع اسکلرودرمی است.

✓ گزینه ج اصلاً در اسپوندیلیت نیامده است!

✓ اسکلرودرمی داخل مفصل erosion نمی‌دهد (مثل لوپوس) و برعکس سوریازیس و RA و TB (و نقرس)

✓ سرونگاتیوها (جز سوریازیس) فقط درگیری ساکروایلیت erosive دارند و مفاصل محیطی‌شان اروزیو نیست (مثل IBD و رایتر و ...)

۵) ب - باریک شدگی موضعی پارانشیم کلیه ← اسکار!

✓ اسکار در کلیه: انفارکتوس و TB و پیلونفریت مزمن.

✓ اسکار تنها به نفع انفارکتوس است.

✓ +کلابینگ کالیس ← به نفع پیلونفریت مزمن (نفروپاتی ریفلاکس) است.

✓ اسکار + کلابینگ + موارد دیگر مثل کلسیفیکاسیون + تنگی‌های متعدد ← TB

✓ شیستوزوما و TB هم مثانه و هم کلیه را درگیر می‌کنند اما شیستوزوما از مثانه شروع می‌کند و TB از کلیه شروع می‌کند.

۶) الف – روش دیاگنوستیک و همچنین staging کانسر کلیه و تشخیص آنژیومیولیپوم ← CT

✓ برای لنفادنوپاتی کارسینوماتو ← ARCT تشخیص.

✓ کانسرهایی که بدون بیوپسی جراحی کنیم ← پانکراس (آکالازی) – بیضه – پاروتید – کلیه –

✓ در کانسر کلیه : CT اسکن ← enhance + نکروز + کلسیفیکاسیون -

✓ اگر کلسیفیکاسیون به تنهایی بود می‌تواند TB هم باشد و اگر کیست توده + کلسیفیکاسیون بود ← مرحله بعدی CT با تزریق که enhance را ببینیم.

✓ برای تشخیص کانسر کلیه با CT ← با تزریق (برای دیدن enhance) + بدون تزریق (برای دیدن کلسیفیکاسیون)

۷) د – * آب در | CT ← صفرها ← فیلد (اتوان) = ۱۰۰۰+ * گاز = ۱۰۰۰- * چربی حدود (۸۰-)
| عکس ساده ← شکل بافت نرم می‌افتد (عدم افتراق توده سیستیک از سالید)
| سونو ← بدون اکو (ونه‌های پیواکو) شکل کیست که Un echo است (چربی در سونو معمولاً اکوژن است) – بدون اکو یعنی سیاه دیده می‌شود.
| MRI : سیاه سفید قطع کنند! ← یعنی در T_1 سیاه (سیگنال↓) و در T_2 سفید (سیگنال↑) دارند ← چربی در هر دو ↑ سیگنال و کلسیفیکاسیون در هر دو ↓ سیگنال دارد.

✓ MRI از نوع بدوالتی چربی (ساپرس یا چوره) برای بررسی چربی بکار می‌رود.

✓ خون (هماتوم) و چربی هر دو high signal می‌دهند، برای افتراق از بدوالتی چربی استفاده می‌کنیم. (در بدوالتی اضید که هم در T_1 و هم T_2 داریم چربی سیگنال پایین دارد)

۸) الف - علل قابل تغییر دمانس در تصویربرداری: ① هماتوم ساب دورال مزمن ② NPH
ولی هدف از انجام تصویربرداری در دمانس یافتن این دو علت و یافتن علل قابل آنها یا آتروفی
قشر مغز و سولکوس‌های متسع و شیارهای متسع (آتروفی مغز خصوصاً در هیپوکامپ یا پاریتال) در حالیکه
آتروفی فرونتال به نفع پیک است و نه تغییر دمانس.
✓ دمانس عروقی: ↑ سیگنال پری‌ونتریکولار متعدد و انفارکت در تالاموس و هیپوکامپ دو طرف.

۹) ب - بعضی از گروه‌ها منع کرده اند که سیون [illegible] ① نارسایی کلیوی در حد دیالیز و ② نارسایی کلیوی در حد نیاز به پیوند و ③ حاملگی کسانی اند که سینوزهای گادولینیوم اند.

۱۰) ب - در پستان کلسیفیکاسیون اگر ① ظریف باشد ② خوشه‌ای ③ یا پلی‌مورفیک باشد به نفع بدخیمی است بر عکس ① Coarse (خشن) ② بزرگ در ماموگرافی به نفع خوش‌خیمی است.
✓ ماموی به نفع بدخیمی را حتی با سونوی نرمال ← باید Bx شود.
✓ اسکرینینگ ← در افراد بدون ریسک از 50 تا 69 سالگی هر سال با ماموگرافی.
← اما اگر با توده مراجعه کرده است ← بالای ۴۰ سال ← ماموگرافی و زیر ۴۰ سال ← سونو
✓ MRI برای بیماران high risk استفاده می‌شود (مثلاً عود بعد از عمل) که حساسیت آن از ماموگرافی بیشتر است.
✓ کلسیفیکاسیون در ریه در عکس ساده دیده شود ← کانسر اولیه ریه رد می‌شود ← در این مطالعه در CT اسکن ممکن است کلسیفیکاسیون جزئی در حاشیه‌اش یا به صورت نقطه‌ای ببینیم. (Popcorn به نفع هامارتوم است.)
✓ کلسیفیکاسیون در تخمدان ← در بیشتر موارد خوش‌خیم است مانند ← تراتوم (درموئید خوش‌خیم) را اگر کنار بگذاریم ← بقیه هم بدخیم اند. ← تراتوم با دیدن دندان یا چربی مشخص می‌شود.
✓ در آدنوپاتی‌ها کلسیفیکاسیون‌ها هیچ‌گاه بدخیم نیستند مگر درمان شده باشد (مثل حاصل از کموتراپی).
✓ کلسیفیکاسیون در کبد به نفع بدخیمی است (بحث شد)

۱۱) ب - شیار آزیگوس یک فلد پاریتال نرمال در بالای ریه در درصدی از افراد است.

✓ نیپل در فضای دنده‌ای پنجم بین دنده ۵ و ۶ است.

✓ گنبد دیافراگم راست در حالت نرمال در محاذات بخش خلفی دنده‌ی ۱۰ یا بخش قدامی دنده‌ی ۶ ام است.

✓ فیشر افقی در محاذات دنده‌ی ۶ در خط آگزیلاری است (نه قدامی)

✓ دیافراگم راست باید ۲/۵ سانتی‌متر از چپ بالاتر باشد.

✓ تراشه در خط وسط یا کمی به سمت راست (به دلیل قوس آئورت) باشد.

✓ عروق ریه تا دو سانتی‌متری محیط ریه نباید دیده شود ← ولی در هایپرمی (شنت چپ به راست) بله -

✓ پلور نرمال نباید در CXR [illegible] دیده شود. (اگر دیده شود یعنی ضخیم شده است).

۱۲) ج - staging کانسر ریه ← اول CT و بعد (قابل درمان‌ها) ← باید PET هم بشوند -

✓ جهت عود کانسر ریه PET انجام می‌دهیم. (افتراق عود کلاً از اسکار)

✓ MRI در توراکس ← قلب و آئورت‌ها را بررسی می‌کند و ستون فقرات (مثلاً تومورهای مدیاستن خلفی) و تومورهای قله ریه یا پان‌کوست) -

✓ محدودیت MRI: بیمار ناپایدار نمی‌شود MRI کرد (بیمار unstable) یا کلسیفیکاسیون در MRI مشخص نیست ← حرکات قلب و روده artifact ایجاد می‌کند (در MRI معمولی)

۱۳) الف – ۶ مورد علائم ادم قلبی به ترتیب شدت بر اساس (VSD)

✓ توزیع الزامی حالت اولیگمی ریه بالا –

✓ Congestion یعنی فشار داخل عروق ریه (مثلاً در قله ریه) افزایش پیدا کرده و علامت cephalization را (reverse flow) یعنی عروق قله و قاعده ریه مساوی شده است.

و اگر فشار بیشتر شود به interstitial edema می‌رسیم و خطوط curly و اگر فشار بیشتر شود آلوئول‌ها هم پر می‌شوند (نمای بال پروانه‌ای)

✓ ↑ فشار خون ریوی به دلیل نارسایی قلب چپ است و فشار دائم به عقب منتقل می‌شود و فشار شریان ریه و قلب راست و ... نیز افزایش پیدا می‌کند.

✓ ↑ فشار شریانی ریه ← ناف ریه به صورت لوله‌ای خیلی برجسته می‌شود و اگر فشار بیشتر شود تنه پولمونر و بعد قلب راست برجسته می‌شود.

✓ فشار شریان ریه ↑ در بیماری‌های مزمن ریه مثل اسکلرودرمی، CF، COPD و ... دیده می‌شود.

۱۴) ج – علل تنگی مری: پپتیک – آشالازی – بدخیمی – سوزاننده

✓ کانسر: shouldering دارد (تغییر ناگهانی) اما tapering ندارد (تدریجی) مثل صورت سؤال

✓ سوزاننده: تنگی طولانی است (مثلاً از قوس آئورت به پایین) برخلاف کانسرها

✓ آشالازی: پریستالتیسم کم شده است. (نمای منقار پرنده (beak) قبل از تنگی)

✓ پپتیک: همیشه با رفلاکس همراه است (یا هرنی هیاتال ذکر می‌شود)

۱۵) الف - اکو (حقایقی که در حرکت از خط وسط به راست ↑ داریم) در سونوگرافی:
پانکراس > کبد ≥ کورتکس کلیه > مدولای کلیه

۱۶) ج - CT اسکن قبل از تزریق ← CT-KUB استاندارد روش دیدن سنگ (است)
بعد از تزریق ماده حاجب (۳۵-۴۰ ثانیه بعد) ← فاز کورتیکومدولاری یعنی ماده حاجب به کورتکس رسیده اما هنوز به مدولا نرسیده است ← بعد ← فاز ۹۰ ثانیه بعد از تزریق ← نفروگرام یعنی پارانشیم enhance شده اما تخلیه نشده ← ۱۰-۱۵ دقیقه بعد ← یوروگرام ← ماده حاجب به داخل کالیس‌ها تخلیه شده است.

✓ بر اساس شرح حال: مثلاً اگر شک به سنگ داریم فاز اول کافی است اما اگر شک به پارگی حالب است فاز یوروگرام باید گرفته شود.

۱۷) الف - دیابت نکروز پاپی می‌دهد که آن هم موجب کلابینگ کالیس می‌شود.
✓ هیدرونفروز (کلاً انسدادها) باعث کلابینگ کالیس می‌شود.
✓ علل نکروز پاپی: آنمی سیکل سل - مسکن - دیابت

۱۸) ج - هر چیزی که جریان خون اولیه نزدیک ناف کلیه را کوچک کند - رفلاکس توسط VCUG نشان داده می‌شود اما نفروپاتی ناشی از آن نه.
✓ در اطفال در ارزیابی کلیه باید سونوگرافی انجام شود (در این هیدرونفروز و اندازه کلیه هم است) - سونو علل پست رنال را رد می‌کند اما نارسایی ثانویه به انسداد را رد نمی‌کند.
✓ در ATN معمولاً سونو نرمال است. تشخیص ATN بالینی است اما با اسکن هسته‌ای نیز می‌توان آن را تشخیص داد (← scan هسته‌ای function را نشان می‌دهد.)

۱۹) الف- DWI در: ① انفارکتوس حاد مغزی ② آبسه‌ی مغزی و انسفالیت ③ کانسر پرسلولار ④ متاستاز پریتوئن.

STIR: همان T2 fat suppress است.

FLAIR: مثل T2 که فقط csf در آن low signal می‌شود (ونتریکولوگرافی)

۲۰) ب- بیماری استئوکندروما است که ممکن است به کندروسارکوم تبدیل شود (کندروسارکوم اولیه هم وجود دارد).

* ضایعات استخوانی *

✓ ضایعه‌ی منفرد استخوانی: انفارکتوس استخوان - تومور خوش‌خیم - تومور بدخیم - استئومیلیت - متاستاز (معمولاً متعدد است).

✓ حاشیه‌ی مشخص و اسکلروتیک ← خوش‌خیم یا آبسه‌ی برودی

✓ حاشیه‌ی نامشخص ← بدخیمی استخوان (اولیه یا متاستاز) و یا استئومیلیت حاد

✓ حاشیه‌ی مشخص بدون اسکلروز ← میلوم (MM) - متاستاز - خوش‌خیم‌ها (مثل کیست)

✓ واکنش پریوستی دارد: بدخیمی اولیه یا استئومیلیت حاد یا شکستگی حاد

✓ واکنش پریوستی ندارد: خوش‌خیم‌ها (بجز استئوئید استئوما و استئوبلاستوما) - متاستاز (بجز نوروبلاستوم)

- استئوبلاستوما شبیه استئوئید استئوما است فقط بزرگتر است (> 3cm)

- انفارکتوس گاهی واکنش پریوستی دارد.

✓ تخریب کورتکس (یعنی رشد سریع): بدخیمی اولیه / استئومیلیت / گاهی متاستاز

✓ اتساع کورتکس (یعنی رشد آهسته): خوش‌خیم است ← MM / متاستاز کلیه و تیروئید.

✓ با فاز نرم تودار پیدا کند ← استئومیلیت و بدخیمی‌ها (با بافت نرم با حاشیه‌ی مشخص خلاف عفونت است)

✓ کلسیفیکاسیون: popcorn ← تومور کوندروئیدی است.

: با حاشیه‌ی نامشخص و منتشر ← تومورهای استئوئید مثل استئوسارکوم.

✓ محل ضایعه در استخوان پهن: متاستاز / MM / یوئینگ / کندروسارکوم / هیستیوسیتوز

در استخوان دراز ← چند حالت دارد.

✓ اپی فیز (ساب آرتیکولار): کندروبلاستوم یا GCT

✓ دیافیز (shaft): یوئینگ – دیس پلازی فیبرو (آدامانتینوم) – هیستیوسیتوز

فیبروم استخوانی نشده (non-ossifying)

✓ متافیز ← باقی تومورها.

✓ سن: زیر یک سال: متاستاز نوروبلاستوم

بدخیم ها:

۴-۳۰ سال: استئوسارکوم و یوئینگ

۴۰-۵۰ سال: کندروسارکوم و فیبروسارکوم

بالای ۵۰ سال: MM و متاستاز (شایع‌ترین ها: برونکوس و پروستات)

۱-۴ سال: نوروبلاستوم و استئوسارکوم و یوئینگ (البته اینها نادرند در دهه اول)

- خوش خیم ها: تا GCT برای بعد از بلوغ (> ۱۵ سال) – کندروبلاستوم < ۱۵ سالگی

✓ در اسکن هسته‌ای خوش خیم ها ↑ فعالیت ندارند یا جزئی است (بجز استئوئید استئوما و استئوبلاستوما ← و بهترین روش تعیین محل این دو اسکن هسته‌ای است) ← بهترین روش دیدن Nidus ← CT Scan –

← استئوبلاست و بدخیم ها و متاستازها (بجز سرطان کلیه و ریه) ↑ جذب دارند –

✓ MM می‌تواند اسکن مثبت یا منفی داشته باشد.

- در خوش خیم ها: CT و MRI نیاز نمی‌شود (مگر استئوئید استئوما).

- استئوسارکوم (بدخیم اولیه استخوانی) ← با عکس ساده هم تشخیص داده می‌شود اما بهترین روش تعیین حجم تومور ← MRI

۲۱) الف – استئوئید استئوما در مهره بیشتر عناصر خلفی را می‌گیرد.

✓ تنه‌ی مهره: متاستاز – هیستیوسیتوز – MM

- متاستاز پدیکل را هم می‌گیرد.

✓ عناصر خلفی مهره: استئوئید استئوما – ABC – استئوبلاستوما

۱۲۲) ب - لوکمی در بالغین معمولاً آدانی از سال‌ها -

۱۲۳) د - restricted diff. یعنی در تصاویر DWI افزایش سیگنال داریم.

۱۲۴) ب - در PML در MRI ضایعات enhance نیست اما ادم نداریم -

✓ منتشر بودن و نبودن اگر سیستمیک حتماً enhance میشن (یعنی حاجب در آن از BBB گذشته و تجمع می‌یابد).

۱۲۵) ب - تشکیل در TB، لنفوم و کرون نداریم و در سیستمیک علائم کلی سوء جذب داریم فقط از اتساع)

✓ contraction سکوم در TB و کرون دیده می‌شود → آسیت در سونو به نفع TB

✓ تو CT توده‌ی توبوجرال با ضخیم شدگی شدید جدار به نفع لنفوم

✓ درگیری پریتوئن با آسیت یا ضخیم شدگی امنتوم یا ندول پریتوئن و ... به TB

✓ آدنوپاتی در لنفوم و TB داریم.

۱۲۶) الف - خونریزی اپیدورال یعنی بالای دورا پس به شکل عدسی است و از سوچورها عبور نمی‌کند اما می‌تواند از فالکس عبور کند و معمولاً همراه fx استخوانی است و در اثر پارگی شریان است و منتشر نمی‌شود اما lucid انتروال و ... داریم.

✓ خونریزی ساب دورال یعنی زیر دورا پس از سوچور عبور می‌کند و شکل هلالی داره و از فالکس عبور نمی‌کند. در اثر پارگی ورید است پس خونریزی آهسته داره و می‌تواند منتشر شود و علایم دیرتر بدهد) می‌تواند با fx همراه باشد یا نباشد و به عکس اپیدورال می‌تواند در سمت مخالف ضربه ایجاد شود (معمولاً)

✓ گسترش به بین شیارها از ویژگی‌های SAH است.

هماتوم حاد در CT Scan ابتدا هایپردنس است و پس از ۱-۲ هفته ابتدا ایزودنس
و بعد هایپودنس می‌شود و MRI در فازهای مختلف متفاوت است اما اگر همچنان
در T_1 و T_2 های سیگنال بود و در fat suppren سابرس شده هماتوم است.

۲۷) الف –

۲۸) الف – درگیری دو طرفه با روتید (ازراجی) ← اولین کار سونو
بهترین ← MRI
✓ اکثر سنگ‌های کلیه و مثانه opaque هستند (برخلاف کیسه صفرا) ← در سونو به صورت
اکوژن + shadow خلفی آکوستیک (برخلاف کیست ساده که unecho است و enhancement
از نوع خلفی دارد)

۲۹) د – متعدد بودن، بیضی بودن از ویژگی‌های MS است به سایر نواحی:
فوسای خلفی - اطراف کورپوس کالوزوم - ساب کورتیکال (چسبیده به کورتکس
- یو فیبرهای ساب کورتیکال)
افتراق از PML: جالب می‌دانیم که MS پلاک‌های حاد به شکل رینگ ناکامل enhance
می‌شوند و اگر enhance نشود به نفع PML . . .
✓ نوروسیستی‌سرکوز: کیست‌های متعدد در سنین‌های مختلف دیده می‌شود که اگر enhance
شود در آن تشخیص شایع است. از شایع‌ترین علل صرع در جهان سوم!

۳۰) ب – هایپردنس به نفع نئوپلاسم است (و خونریزی حاد)
✓ ادم به نفع متاستاز است و متعدد بودن نیز به نفع متاستاز است. نئوپلاسم معمولاً منفرد
است.
✓ enhancement رینگی ← توکسو - لنفوم - آبسه

۳۱) الف - کیست ساده بیت و با CT تشخیص و Staging انجام می‌دهیم.

✓ اگر همین یافته‌ها در CT بود سه پایه: نفروگرافی.

✓ MRI در کلیه: در موارد خاص مثل افتراق توده‌ای که در نمای کلیه با تشخیص به وجود آید

✓ بهترین روش ارزیابی ضمیمه‌ها CT (ولی اگر مثلاً پرسید برای تشخیص درگیری غضروف باید MRI کنیم).

✓ CT بدون کنتراست: ① خونریزی حاد داخل جمجمه‌ای ② کلسیفیکاسیون (ارشد). ③ فاز حاد stroke (هم ایسکمی هم خونریزی) → اما اگر پرسیده شد در مراحل اولیه انفارکتوس → DWI . MRI

✓ اگر stroke را CT کنیم و نرمال بود یعنی انفارکتوس (اگر هم خونریزی بود همان ابتدا مشخص است).

- اولین علامت در stroke در CT ← Dense Artery sign و بعد از (مخصوصاً در بازال گانگلیا) و بعد هم شفافیت‌های پارانشیمی در قلمروی یک شریان ← و در انتها آتروفی و اسکار

۳۲) ج - علل که افیوژن پلور نادر می‌دهند ← ویروس - مایکوپلاسما - PCP - اسکلرودرمی و سارکوئیدوز.

✓ در SLE و RA پلورال افیوژن شایع است.

۳۳) د - ✓ عفونت‌هایی که در ریه حفره ایجاد نمی‌کنند: ویروس پاپیلوما ها - TB غیرفعال - هموفیلوس - پنوموکوک (غیر از تیپ III) - کلامیدیا - تومورهای خوش‌خیم -

✓ بیماری‌هایی که ↓ فاصله مفصلی می‌دهند: نکروز آواسکولار (اگر استئوآرتریت به آن اضافه شود) و اسپوندیلیت‌ها - نقرس (اگر مراحل آخر) - آرتریت سپتیک حاد (در مراحل اولیه و قبل از تخریب حتی ↑ فاصله مفصلی نیز داریم) -

✓ کیست برونکوژنیک در محل برونش (مدیاستن میانی) است.

✓ مدیاستن قدامی: تیروئید - تیموس - تراتوما - پریکاردیال کیست - مورگانی (فتق) - pad fat -
(3T+PMF)

← PMF: در زاویه‌ی کاردیوفرنیک راست‌اند -
← تیروئید: انحراف تراشه به راست و extension به گردن -
← تیموس: همراهی با میاستنی گراو
← تراتوم: چربی و دندان.

✓ مدیاستن میانی: تیروئید - کیست برونکوژنیک - هرنی هیاتال (با مشخصه سطح مایع و هوا)

✓ مدیاستن خلفی: تومورهای نوروژنیک و ضایعات ستون فقرات -

- آدنوپاتی می‌تواند در چند یا تمام مدیاستن‌ها باشد -

- آنوریسم آئورت می‌تواند در هر کدام از مدیاستن‌ها باشد ⟨ صعودی ← قدامی / نزولی ← خلفی

- تومورهای نوروژنیک لبه‌ی صاف و شکل خوردگی در استخوان مجاور دارند.

۳۴) ج - دیافراگم بالا آمده است (در ظاهر باید هر کدام دنده‌ی ۱۰ باشد)

✓ دیافراگم یک طرف بالا برود ← اول به افیوژن پلور یا آتلکتازی ریه و مشکل زیر دیافراگم مثل آبسه فکر می‌کنیم بعد مشکلات خود دیافراگم مثل فلج یا eventration.

✓ بالا زدن دو طرفه ← آسیت، اتساع روده، هپاتومگالی، آتلکتازی ریه (اینها همه مشکل خود دیافراگم نیست.)

۳۵) د - در متاستاز خود ریه آدنوپاتی ناف ریه نداریم (استثنا)

✓ بدخیمی خود ریه کلسیفیکاسیون ندارد برخلاف متاستازهای به آن.

✓ بدخیمی اولیه بیشتر حاشیه‌ی نامشخص و بدخیمی ثانویه بیشتر حاشیه‌ی مشخص دارد.

۳۶) ج - انقباض کردن ← مشخص‌تری TB و کردن.

۳۷) ب - تشخیص کنسر پانکراس است ← در صورت وجود ① درگیری پورت ② متاستاز ③ آدنوپاتی ④ درگیری شریان (یعنی خلاصه هر جایی را غیر از CBD بگیرد) غیر قابل جراحی است. پس ERCP می‌گذاریم تا زردی بیمار بهبود یابد. اگر ERCP ناموفق بود ← PTC می‌کنیم.

۳۸) د - CT اسکن درگیری خارج پانکراس را خوب نشان می‌دهد (نه داخل آن را) برخلاف سونوگرافی (البته سونوگرافی آندوسکوپیک) ← اما MRI هر دو محل را خوب نشان می‌دهد.

۱۵۹) ج - در گردن نمای مایل و در ناحیه ستون فقرات کمری پدیکل به صورت رخ به رخ دیده می‌شود.

✓ کاربرد گرافی اوبلیک: ① دیدن پدیکل ستون فقرات گردنی ② ارزیابی پارس اینتر آرتیکولاریس (مثل fx بدون ۴ پای آن: اسپوندیلولیز) ③ دیدن فورامن گردنی ④ مفاصل facet.

۱۶۰) ب - کلاپس تنه مهره: کلاپس تنها در: میلوم - هیستیوسیتوز - شوئرمن - تروما (fx) - استئوپروز - استئومالاسی (looser zone به نفع استئومالاسی است).

✓ کلاپس + ↓ ارتفاع دیسک ← عفونت (بیشتر عفونت‌های پیوژنیک تا TB)

✓ کلاپس + تخریب پدیکل ← متاستاز

✓ گرانولوم ائوزینوفیلیک نوعی از هیستیوسیتوز لانگرهانس (X) می‌باشد.

۱۶۱) الف - ونوگرافی هنوز در اندام فوقانی کاربرد دارد.

۱۶۲) ج - مایع آسیت در ناحیه‌ای به نام Bare Area سطح فوقانی خلفی کبد جمع نمی‌شود. (جایی که پریتوئن نداریم) ولی مایع اطراف کبد چون با روده اشتباه نمی‌شود با CT راحت دیده می‌شود.

۱۶۳) الف - پارگی شدید دنده‌ها آسیب‌های ساب‌هپاتیک و پارگی دیافراگماتیک می‌دهد.

۴۴) ج -

۴۵) ب - اسکار + کلسیفیکاسیون + کلاپس ← TB

۴۶) ج - بعد از تورشن یا ایسکمی به دیواره که [illegible] و در مرحله [illegible]
جذب می‌شود. اسکن هسته‌ای نیز در مرحله اول پس از ابتلا انجام نمی‌شود.

۴۷) ج - AS معمولاً در آقایان و با علائم و با استئوپروز و فاصله مفصلی کم می‌باشد.
✓ استئوکندریت در سه محور: پرتس - متاتارس افرایبرگ - کالکانئوس: Sever - لونیت: کین باخ
تنه مهره: شوئرمن - توبروزیته تیبیا: ازگود شلاتر
✓ استئوکندریت‌ها در مراحل اول تغییرات خاصی ندارند در مراحل بعدی اسکلروز می‌دهند
و بعد Fragmentation و در انتها کلاپس استئوکندریت به آن اضافه می‌شود و
در این مرحله فاصله مفصلی ↓ می‌یابد. این مراحل در تمام بیماران طی نمی‌شود.
- هم در اپی فیزاند و هم آپوفیز (محل اتصال تاندون و لیگامان)
- هم در بین پاسخ اشتباه می‌افتند و به اشتباه افتراق از TB و ملتهب‌ها ESR نرمال است و
همگی در مراحل اولیه با استراحت خوب می‌شوند.

۴۸) الف) تورم در زاویه فک ← اولین اقدام ← سونو
بهترین اقدام ← MRI

۴۹) الف - کاربردهای اسکن تیروئید: ① بررسی عملکرد تیروئید (مثل افتراق انواع تیروتوکسیکوز) -
② پس از تیروئیدکتومی به بررسی متاستاز - کاربرد CT: ① بررسی فشاری ② تیروئید
اکتوپیک/رترواسترنال - PET در انواع .poorly Diff که ید جذب نمی‌کنند.

۵۰) ب - بیمار هموراژ ساب دورال دارد -

۵۱) د -

۵۲) ج - "DAI": CT ردپای خوبی نیست و MRI می‌کنیم که بهترین سکانس آن T2 star gradient است. ادم و هموراژی در ① مرز بین ماده سفید و خاکستری ② بازال گانگلیا - ③ ساقه مغز و ④ کورپوس کالوزوم دیده می‌شود (شکل‌های درگیری شبیه به MS است و با آن در پاسخ‌های قبلی مقایسه کنید.)

✓ محل شایع انسفالیت هرپسی: قسمت تحتانی لوب فرونتال و قسمت مدیال لوب تمپورال و لوب اینسولا.

✓ محل شایع کانتوژن مغزی: قدام لوب تمپورال و قدامی تحتانی لوب فرونتال

۵۳) د - CSF در Flair بصورت low signal است.

۵۴) الف -

۵۵) الف - در کارسینوم و قارچ تخریب داریم - پولیپ آنتروکوآن از آنتروم ماگزیلار به کوآن (خلف بینی) تا نازوفارنکس ادامه پیدا می‌کند.

۵۶) الف -

۵۷) د – علت ارجحیت CT و MRI دیدن سایز غدد و عناصر خارج حفره است و با
تزریق کنتراست خود تارهای عصبی را بهتر می‌بینیم.
در کودکی گردنی اولین اقدام سونو و بهترین اقدام MRI است.

۵۸) ج – CT روش مناسبی جهت بررسی نخاع نیست – ضایعه عفونی اغلب در ADEM (MS و گاهی عفونت است) و از مرز ماده سفید و خاکستری عبور می‌کند.

۵۹) الف – پارگی‌های خفیف سطحی اسپلنیک با سونو بهتر بررسی می‌شود.

۶۰) الف –

۶۱) ب – کشیده شدن کپسول به داخل بین بست‌ها و گرفتن علامت اندومتریوز است.
مشخص می‌شود: کیست با اکوی ظریف داخلی به‌صورت یکنواخت ظریف داخل کیست (کیست شکلاتی)

۶۲) د – بهترین روش Dx در TCC مثانه سیستوسکوپی و تعیین تهاجم موضعی MRI یا CT است – برای تشخیص عود باز هم سیستوسکوپی می‌کنیم اما PET در مثانه کاربرد ندارد (و نکته) چون به‌صورت نرمال در مثانه دیده و مثانه فعالیت دیده می‌شود.

۶۳) ب – تومورهای کیستیک پانکراس اغلب بی‌علامت‌اند برخلاف تومورهای سر پانکراس که ایجاد زردی می‌دهند. – تومورهای کیستیک پانکراس با اندازه بیش از ۳ سانت و محتوای موسینی یا CEA > ۲۰۰ به نفع بدخیمی است. لذا آدنوکارسینوم شیوع کمتری دارند.

۶۴) ج – در ترومای بلانت شکم CT برای ارزیابی: کلیه – طحال – کبد و پانکراس ارجح است – اما برای بررسی مثانه سیستوگرافی رتروگرید ارجح است – مایع آزاد با FAST دیده می‌شود.

۶۵) د – تعیین وسعت موضعی: روده و کولون ← CT – رکتوم ← اندوسونو –
لگن ← MRI – برای تعیین متاستاز دوردست هم ← CT – برای تصویربرداری کل
اندوسکوپی مانند بخاطر کولون که اگر اندوسکوپی (کولونوسکوپی) مقدور نبود ← CT پنوموکولون
می‌کنیم (Virtual Colonoscopy)

✓ در کانسرهای براین تمام موضعی اندوسونو می‌کنیم بعد به آسیت متاستاز دوردست CT انجام
می‌دهیم و اگر قابل عمل بود باید PET نیز انجام دهیم (تا متاستاز مخفی نداشته باشد)

۶۶) د –

۶۷) ج –

۶۸) الف) افتراق آنژین از میوکاردیت باید و راه آنزیم‌ها چون هر دو دارند.
✓ تنها جایگاه در روش‌های رادیولوژی از CT آنژیوگرافی عروق استفاده می‌شود تشخیص
نیاز ← بیمار کرونری های ریسک است.

۶۹) الف – اگر ندول ریوی ≤ 4mm باشد و فرد risk کم باشد احتیاج به f/u
نیست و اگر ندول > 8 mm باشد می‌شود بیوپسی کرد یا f/u و بین این دو سایز
تا ۲ سال f/u با CT توصیه می‌شود. (ندول > ۱۰mm باید بیوپسی شود)
✓ در CXR ندول > ۱cm دیده می‌شود.

۷۰) الف - در PTC که تیروئید کنده شده اسکن می‌کنیم که poor diff. باشد که PET می‌کنیم

۷۱) ب --

۷۲) الف - در کانسر با ازبت بلاک دوطرفه داریم - مزوتلیوم ترده + PE می‌دهد. بلاک یک طرفه TB یا اسکار مثلاً در این سؤال به دلیل هموپتیزی که قبلاً است.

۷۳) ب - هوا در دیواره راداری، تأخیر در ترشح می‌دهد. دیده شدن سنگ + رفتن تا ناف در ۲۴ تا ۴۸ ساعت + دوطرفه بودن همگی به نفع هیدرونفروز ریشه‌ای است ← CT اسکن
✓ هیدرونفروز با پیلوپلاستی هم درست کننده شدن می‌تواند انسداد را بدهد
- پرتیوش ← رادیولوژی ارجح = CT اسکن.
✓ برای افتراق آدنوم آدرنال از متاستاز آدرنال از MRI استفاده می‌شود اساس آن که پیشتر بحث شد. از سکانس chemical shift استفاده می‌کنیم که چربی زیاد به نفع آدنوم است. (مثل هانسفیلد کمتر در CT) - یکطرفه و زیر ۳ سانتی‌متر بودن نیز به نفع آدنوم است.

۷۴) ج - بیمار درگیری عروق کلیه و غیرقابل جراحی است.

۷۵) الف - Saw tooth مشخصه دیورتیکولوز است -
کولیت ایسکمیک ← thumb print و Sacculation ← Shouldering - و شکل آن از خم طحالی تا سیگموئید است.

۷۶) ج - Functional zone بزرگترین اندومتر و مسئول‌تر است و ضخیم شدگی آن نشان دهنده‌ی آدنومیوز است.

۷۷) الف - شایعترین توده‌ی صفاقی متاستاز تخمدان است.
✓ کلسیفیکاسیون پارشیل و واکنش دسموپلاستیک از مشخصات کارسینوز شده است.
- واکنش دسموپلاستیک یعنی بافت عناصر را به سمت خود می‌کشد.

۷۸) ج - پوشیده یا عفونی می‌گردد. آرتریت سپتیک استخوان را تخریب و مفصل را می‌گیرد -
✓ استئومیلیت حاد و استئیت سل هر دو در متافیز نزدیک زانو و دور از آرنج دیده می‌شوند و هر دو تخریب کورتکس هم می‌دهند.
✓ علائم استئومیلیت بین ۱۰-۱۴ روز بعد در گرافی دیده می‌شود.

۷۹) ج - متاستاز کانسر تخمدان ضخیم شدگی روده نمی‌دهد (TB خلاف).

۸۰) د - هنگامی که بیمار جراحی اخیر داشته شانس نشت فیستول یا پارگی آناستوموز یا آبسه جراحی یا کوله‌سیستیت امفزیماتو باشد - در بیمار مورد سؤال که حال عمومی خوب دارد تجمع هوا ایاتروژنیک است و درمان خاصی نمی‌خواهد.

۸۱) الف - توده‌ی صفاقی: شایعترین: تخمدان و بعد معده و کولون و پانکراس هم می‌توانند. وقوع لوبولار پستان هم می‌توانند (کانسر متاستاتیک).

۸۲) الف – ✓ معیارهای CXR نرمال: PE > 250 سی‌سی – توده > ۵ سانتی‌متر – مراحل اول سل ارزنی
و PCP – مراحل اول ARDS – آمبولی ریه بدون انفارکتوس – COPD خفیف و متوسط
(بدون عارضه) – آسم –

✓ گاستروگرافین محلول در آب و یددار (هایپراسمولار) است و اگر وارد ریه‌ها آسپیره شود
خطرناک است (برخلاف باریوم)

✓ باریوم در پارگی مری عارضه می‌دهد و در اندازه چون محلول در آب نیست و رسوب می‌کند و
تشدید می‌کند، استفاده نمی‌شود.

✓ در [illegible] و همین طور آسپیراسیون [illegible] در اطفال لذا کاربرد گاستروگرافین
است.

– در شک به فیستول یا آسپیراسیون که حاجب به ریه می‌رسد نه گاستروگرافین مناسب
است نه باریوم و باید ماده حاجب محلول در آب غیر یونی بدهیم (مثل omnipaque) –

۸۳) الف) در پنوموتوراکس سایه‌ی خط پلور دیده می‌شود که خارج آن سایه‌ی عروق دیده نمی‌شود.
در آتلکتازی خط سایه‌ی خط دیده می‌شود اما به عروق ارتباطی ندارد.

۸۴) الف –

۸۵) ج – تشخیص SAH و تعیین محل خونریزی: CT اسکن اما چون علت AVM یا آنوریسم
است و پس برای تعیین علت CTA ابتدا است انجام شود.

۱۸۶) ب — در ATN نفروگرام طولانی + متراکم نیز دوگرام متراکم (با حفظ مدت زمان دار)

۱۸۷) ج — Hair on end و Diploe نشاندهنده هیپرپلازی مغز استخوان است
- ترابکولاها ضخیم و کم می‌شوند مثل تالاسمی و آنمی سیکل سل.
✓ نکروز آواسکولار هیومروس در این بیمار به نفع SCA است.
✓ در پاژه کورتکس ضخیم می‌شود (+ ترابکولاهای خشن).
✓ تغییرات ترابکولا + مدولای وسیع + کورتکس نازک = آنمی همولیتیک
✓ " " " + زمان " " = استئوپروز.
✓ استئومالاسی تغییرات ترابکولا نمی‌دهد.

۱۸۸) الف — نمای Double shadow در بیماری‌های دریچه‌ای قلب علامت بزرگی دهلیز چپ است ←
تنگی میترال و به دنبال آن Congestion ریوی ادم انترستیشیوم و خطوط کرلی ایجاد کرده است.
✓ MS کالسیفیکاسیون نمی‌دهد بلکه نارسایی قلب راست می‌دهد. (مراحل انتهایی)
✓ میگزوم گاهی می‌تواند تنگی یا نارسایی بدهد.

۱۸۹) الف — هیدروسالپنکس مشخصه PID است.

۱۹۰) ب — enhancement تأخیری بصورت یکدست (از پریفرال در فاز تأخیری به سنترال
به صورت تدریجی) نشاندهنده همانژیوم است که همانژیوم کبدی ≠ FNH.

۹۱) الف- عنصر افقی در مجاورت دنده‌ها باید باشد و تراشه وسط یا کمی به راست است.

Air trapping در بچه‌ها بیشتر به نفع جسم خارجی است.

✓ علل شیفت تراشه به سمت خود: آتلکتازی ناشی از انسداد برونش و فیبروز و پنومونکتومی

✓ علل " " " مقابل: پنوموتوراکس و پلورال افیوژن و Air trapping

۹۲) الف- خطوط کرلی در: ① لنفانژیت کارسینوماتوز ② ادم بینابینی ریه (قلبی یا غیرقلبی)
شکل نمای تدریجی به نفع LAM است اما ادم ریه حاد و دوطرفه است - LAM می‌تواند یک یا دوطرفه باشد. (اساساً رتیکولوندولر در هر دو داریم) - CTR افزایش یافته به نفع ادم ریه قلبی است - ARDS الگو زمانی است در گرافی اما به دنبال غیرقلبی بال پروانه‌ای می‌شود ولی به دیورتیک جواب نمی‌دهد.

۹۳) ب- اندازه کیست‌ها با توزیع یکنواخت به نفع سل ارزنی است.

✓ سایه‌های منتشر ریه:
- اگر با پ شروع شوند (پنوموکونیوز) ← فوقانی‌اند.
- " س شروع شوند (سل ارزنی - سارکوئیدوز) ← یکنواخت‌اند.
- " الف شروع شوند (اسکلرودرمی - آرتریت روماتوئید - ایدیوپاتیک (فیبروز ریه)) ← تحتانی‌اند

✓ سارکوئیدوز یکنواخت است اما بعداً قاعده‌ی آن پاک می‌شود (آدنوپاتی دوطرفه قرینه ناف)

✓ سیلیکوزیس هم نوعی پنوموکونیوز است.

✓ آزبستوزیس (با الف شروع می‌شود پس تحتانی است) ← پلاک و کلسیفیکاسیون پلورال می‌دهد.

✓ آدنوپاتی پاراتراکئال راست هم به نفع سارکوئیدوز است.

✓ آدنوپاتی دوطرفه ناف ریه (مثل سارکوئیدوز) اما غیرقرینه ← لنفوم.

✓ TB معمولاً آدنوپاتی یکطرفه می‌دهد -

۹۴) ب- لوپوس و RA پلورال افیوژن دارند اما patchy consolidation به نفع لوپوس است.

✓ در TB پلورال افیوژن و کانسالیدیشن patchy داریم.

✓ شایع‌ترین تظاهر لوپوس در CXR ← درگیری پلورال (پلورال افیوژن) و پلورال افیوژن.

✓ کلسیفیکاسیون پریکارد مشخصه‌ی TB است.

۱۹۵) ب - به پاسخ سؤال ۱ مراجعه کنید.

۱۹۶) د - الف) شک به آسیب حالب ← IVP
ب ← در سنگ کلیه می‌توان از IVP استفاده کرد (چون حساس = CT)
ج ← cupping کالیس در IVP به خوبی مشخص است (CT و IVP اهمیت مساوی دارند)
تا مثل نکروز پاپیلا و TB
د ← در بیماران مجروح ← CT اسکن استفاده می‌کنیم.

۱۹۷) ب - -

۱۹۸) ب - در بیماران Adhesion Bands انسداد دیده می‌شود.
انفارکتوس روده ← باید هوا در جدار روده یا پورت یا پنوماتوزیس ذکر شود.

۱۹۹) ج - بارها از ← تعیین طول درگیری در بیماری دیورتیکولار.
دیورتیکولیت ← CT Scan.

۲۰۰) الف - افتراق پولیپ از کانسر (خوش‌خیم از بدخیم): اندازه ۲ cm - بدون پایه یا پایه کوتاه و شکل اسفنجی ← به نفع آدنوم ویلوس بارگ به بدخیمی بالاتر

۱۰۱) ج- با TTE تنها می‌توان ابتدا و انتهای آئورت را دید - ضخیم‌شدگی پریکارد (پریکاردیت فشارنده) رو هم با TEE نمی‌توان دید -

✓ MRI می‌شود انجام دهیم چون بیمار stable است.

۱۰۲) الف- تغییر اندازه‌ی قلب تا ۱٫۵ سانتی‌متر در اثر دم و بازدم یا سیستول و دیاستول نرمال است و بیش از آن نشانه‌ی بزرگی حفرات قلبی یا پریکاردیال افیوژن است و اگر در مدت کوتاه بزرگ شده باشد به نفع افیوژن پریکارد است (+ سایه‌ی گلوبولی) ← لاتوسم

۱۰۳) ب- پنوماتوزیس کولی به صابون‌های کوچک ← خوش‌خیم است و fill اندسیرهای خطی قطعه‌دار بود ← انفارکتوس روده.

۱۰۴) ب- توده‌ی قابل لمس شکم (و انواژیناسیون) < در اطفال ← CT / در بالغین ← سونو

۱۰۵) الف-

۱۰۶) الف- قبلاً توضیح داده شد.

۱۰۷) د-

۱۰۸) الف- جزء سالید به نفع بدخیمی است اما جزء سیستیک به نفع خوش‌خیمی نیست.
بیشترین < خوش‌خیم ← سیست آدنوم / بدخیم ← سیست آدنوکارسینوم

۱۰۹) د - آب به پرتوش (+ میتوال) ← MRI
اسکن ← وقتی که وسواد تخمین نباشد

۱۱۰) د - لوبولاربودن به نفع بدخیمی است (مثل حدود نامشخص و Cavity)
✓ در SCLC خود توده را نمی‌بینیم اما آدنوپاتی وجود دارد.
✓ ج ← توده‌ی پروش دارد.
✓ د ← متاستاز بیشتر دارد.

۱۱۱) الف - آدنوپاتی یک طرفه و پایین شدن مدیاستن (ابراسطری آدنوپاتی) و بالازدگی دیافراگم (ابراسطری فلج فرنیک) می‌توانند در کانسر ریه دیده شوند.

۱۱۲) ج - ✓ در مقطع قوس آئورت:
ترانشه در وسط است و ساختارهایی که در مقابل آن هستند: شریان‌ها (آئورت در چپ و SVC در راست) - و در خلف: ورید آزیگوس در راست و مری طرف چپ آن است.
✓ تیموس در مقابل عروق بزرگ است.
✓ یک مقطع بالاتر هم برویم:
- ترانشه و مری در جای خود هستند و آزیگوس به SVC می‌ریزد و وجود ندارد -
بجای قوس آئورت باید سه رگ ببینیم؟ (از راست به چپ براکیوسفالیک کامن کاروتید چپ و ساب کلاوین چپ) - بجای SVC باید وریدهای براکیوسفال راست و براکیوسفال چپ را ببینیم.
✓ قلب چپ از قلب راست خلفی‌تر است پس وریدها و شریان‌های هم‌نام ← وریدها جلوی شریان قرار می‌گیرد.
✓ دهلیز چپ خلفی‌ترین قسمت قلب است.

۱۱۳) الف - TB ریوی: TB به قله‌ها علاقه دارد (قله‌ی لوب فوقانی و تحتانی و میان این دو ← خلفی لوب فوقانی) - کلسیفیکاسیون به نفع غیرفعال بودن است، و فعال بودن را رد نمی‌کند.

ب ← برونشکتازی می‌خوره.

ج ← بیشتر به آبسه می‌خوره و باید کانسر نیز رد شود.

✓ تو دو مورد > 4cm < +کویته ← آبسه / -کویته ← تومور

د ← قله‌ها گرفته و بدون کلسیفیکاسیون پس به TB می‌خوره اما حدود مشخص داره

✓ بین الف و د ← حدود مشخص از کلسیفیکاسیون بیشتر به ضرر TB فعال است!

۱۱۴) الف - بیمار اسکلرودرمی داره

✓ نمای acral lace like ← در اسکلرودرمی و اولین نمای هایپرپاراتیروئیدی در گرافی (+کلیه مشکوک)

✓ حال آنکه هایپرپارا: Subperiosteal absorption ولی شایع‌ترین حالتش گرافی نرمال است.

۱۱۵) الف - پانکراتیت مزمن: پانکراس کوچک + مجاری پانکراس کوچک و نامنظم و کلسیفیه

✓ در سن بالا ممکن است پانکراس منتشر کوچک شود.

۱۱۶) الف - ضخیم شدن جدار مثانه و ترابکولاسیون ← نفی انسداد خروجی

✓ شرح حال در این پسر بچه ← Dx: PUV ← انجام VCUG.

✓ همین شرح حال در مردان مسن ← BPH

۱۱۷) الف -

۱۱۸) د - تا هفته ۱۲ ← CRL
از هفته ۱۲ به بعد ← FL + BPD

۱۱۹) ب - رکتر ← اولین علامت درگیر ← محو شدن ZPC . علامتهای بعدی : cupping
fraying و widening .

۱۲۰) الف - اسکن ید برای عمده استفاده می‌شود و بدلیل ماهیت cold قبل از جراحی به کار نمی‌رود -
HRCT : چون مقاطع نازک اند ارزش فاصله بین آنها زیاد است و برای بررسی بیماران با نارسایی کلیه (بروشکتازی) به کار می‌رود - (اولویت دنبال ضایعه ریز هستیم)
قانون کلی : متاستاز به ریه ← اول CXR ← بعد CT.

۱۲۱) ج - کلاً برای بررسی متاستاز های احتمالی اسکن ید را انجام می‌دهیم (با هر او پیگیری)
ولی اگر صرفاً بصورت بعد از تیروئیدکتومی با ↑ Tg بود ← اسکن با I-131

۱۲۲) ب - MRI با Gad. اگر enhance نشد ← هونی و اگر enhance شد به نفع اسکار و بافت گرانولاسیون است.
✓ CT اسپیرال هم او به عنوان بهترین روش بررسی تنگی کانال معرفی شده است.
و در یادداشت‌ها باید MRI کنیم!

۱۲۳) د - الف ← خونریزی است نه انفارکتوس.
توده با اثر فشاری واضح ← تومور
✓ در ۸-۶ ساعت اول انفارکتوس CT نرمال است ولی بعد ← Dense Artery Sign
ج ← توکسو/لنفوم

۱۲۴) الف - ج و د ← پس شدن در پایین می‌دهند.
ب ← باید خود توموری دیده شود!

۱۲۵) ب - بیمار کلسیفیکاسیون در توده‌ی پستان ← Bx !

۱۲۶) الف - نقرس: اروزیون + اسکلروز لبه‌ها (مثل ساکروایلئیت‌های سرونگاتیو + بروسلوز + سوریازیس)
✓ اروزیون + استئوپنی ← RA و TB
TB: پایین تر ساکروایلیاک و بالای لومبار را می‌گیرد.
RA: C1C2 را می‌گیرد (لوروساکروایلیاک را نمی‌گیرد.)
در اندام: TB ← درگیری مفاصل بزرگ (یکطرفه)
RA ← مفاصل کوچک درگیر می‌شوند (دوطرفه)
✓ لوپوس و اسکلرودرمی ← اروزیون نمی‌دهند (مثل آرتروپاتی‌های سرونگاتیو)
✓ درد حاد + عکس نرمال ← تب روماتیسمی و نقرس حاد و اوایل آرتریت سپتیک

۱۲۷) الف – عکس‌های داده شده در چپ مانند و در این فرد شیفت قلب را که به راست داریم

هایپرلوسنسی موضعی و سایه خطی و شیفت ← پنوموتوراکس که کلاپس عضو همان است

سایه‌های خطی / ۲ ⇒ پنوموتوراکس
بولا امفیزماتو
آتلکتازی خطی
اسکار (رادیو و پلور)
خطوط curly

۱۲۸) ج – بجای عکس ساده تا حدی می‌توان اسکن کرد اما چون MRI همان زمان است.

۱۲۹) ب – داخل نخاع سه فضا داریم:

✓ اینترامدولاری: گلیوم یا ضایعات نخاع –

✓ اکسترادورال: متاستاز به مهره (اپیدورال و پارادورال) – مننژیوم – نوروفیبروم

✓ اینترادورال-اکسترامدولاری: متاستاز اکسترامدولاری

۱۳۰) د –

۱۳۱) ج – در کرون هوستراها بصورت غیر قرینه از بین می‌روند –

✓ کرون: سالم بودن رکتوم یا داشتن skip lesion

– در تصویر اول هاوستراها هم پیوسته‌اند ← UC

– لوله سربی: باریک شدگی منتشر می‌باشد (ونه تنگی) ← در UC

۱۳۲) الف - قطر کولون عرضی > ۶ سانتی‌متر ← مگاکولون توکسیک ← ممنوعیت کولونوسکوپی و انما
✓ انتروکولیت نکروزان ← هوا در جدار روده (به صورت خطی یا حبابی)

۱۳۳) ج - ۱: گوشک دهلیز چپ - ۲: پولمونر - ۳: دهلیز راست - ۴: بطن راست - ۵: SVC - ۶: آئورت
✓ حاشیه راست قلب دهلیز راست است اما حاشیه چپ قلب بطن چپ (+ گوشک دهلیز چپ)

۱۳۴) ج - بلع باریم را تجویز می‌کنیم اگر لخته باشد خودش به تنهایی خارج می‌شود. از طرفی باریم و گاز نیز لخته را حل می‌کند.

۱۳۵) الف - کلسیفیکاسیون بین ویلمز و نوروبلاستوم به نفع نوروبلاستوم است اما با توجه به محل توده که در پایین کلیه است تشخیص ویلمز است.

۱۳۶) ج - حداکثر دیامتر لنف نود طبیعی در هر ناحیه ۱
پشت پایه‌های دیافراگم (رتروکروال): 6mm
بالا و پایین دیافراگم (پاراآئورت): 10mm
✓ بالای این اعداد آدنوپاتی و بالای ۲ سانتی‌متر احتمالاً بدخیم است.

۱۳۷) ب - فلج کننده‌ی α سازها -

۱۳۸) ب - الوترفانت مهارکننده‌ی کولین استراز است - علایم نیکوتینی؛ علایم کولینرژیک؛ ↑ ترشحات، تعریق و اسهال (شکل عموم ارگانوفسفره)

۱۳۹) الف - زفیرلوکاست: مهارکننده‌ی گیرنده‌ی لکوترین - کلاس درمانی آسم - خوراکی برای پیشگیری است - عارضه: CSS (ایجاد آنژئیت گرانولوماتوز آلرژیک)

۱۴۰) د - ↓ دهنده‌های اثر وارفارین: ریفامپین - کاربامازپین - باربیتوراتها و فنی‌توئین
↓ دهنده‌های کلیرانس وارفارین: اریترومایسین - سایمتیدین - آمیودارون SSRIها و دی سولفیرام

۱۴۱) ب - استاتین ها: آتورواستاتین + درد اندام‌ها که گاهی خفیف + CPK↑ و حتی رابدومیولیز

۱۴۲) الف - ازتیمایب از جذب کلسترول از روده جلوگیری می‌کند (در هایپرکلسترولمی و فیتواسترولمی به کار می‌رود).

۱۴۳) ج ایندومتاسین قوی‌ترین NSAID است - کتورولاک تزریقی است و ضد درد قوی است و نباید > ۷۲ ساعت استفاده شود.
عارضه ایندومتاسین: نفروتوکسیک + سرکوب BM

۱۴۴) ب - آلوپورینول: مهار سنتز اسید اوریک می‌کند - عوارض: واسکولیت + نوروپاتی + عوارض GI + اختلال مغز استخوان + چند روز اول استفاده خطر حمله نقرس ↑ می‌یابد - با مرکاپتوپورین و آزاتیوپرین تداخل دارد و سطح آنها را بالا می‌برد.

۱۴۵) د - باربیتورات‌ها، کاربامازپین، فنی‌توئین، کورتون، گریزئوفولوین و ریفامپین سطح ocp را ↓ می‌دهند ← بارداری ناخواسته می‌دهند.

۱۴۶) ب - بلوک کانال سدیم: فنی‌توئین - فنوبارب - کاربامازپین - لاموتریژین

✓ افزایش نفوذ پتاسیم: والپروات

✓ بلوک کلسیم: اتوسوکسیمید

✓ GABA: BZD - باربیتورات - ویگاباترین - گاباپنتین

✓ والپروات در گروه ۱ و ۳ نیز هست.

۱۴۷) د - لوودوپا: دیس‌کینزی - سایکوز - GI - قلبی (تاکی‌کاردی / آریتمی / asystole)، ↓ فشار، - میوکلونوس

۱۴۸) ج - عوارض رژیدیتی و ترمور در هالوپریدول از باقی آنتی‌سایکوزها بیشتر است. (عوارض اکستراپیرامیدال) ← Atypic ها مثل کلوزاپین این عوارض را کم دارند.

۱۴۹) ج - زیپراسیدون یک آنتی‌سایکوز Atypic است و مثل Aripiprazole، افزایش وزن و هایپرپرولاکتینمی و عوارض آنتی‌موسکارینی (خشکی دهان، یبوست) و هایپرگلیسمی در این ۲ دارو کمتر از بقیه است.

۱۵۰) ج - در تمام بیماران با AMS باید دکستروز تجویز شود و هر بیمار با دیسترس تنفسی باید نالوکسان بزنیم - بوپرنورفین یک آگونیست - آنتاگونیست و بهان ترک اعتیاد استفاده می‌شود و سرکوب تنفسی کمتری دارند و به نالوکسان هم پاسخ نمی‌دهد.

✓ مپریدین میوز نمی‌دهد و بواسطه‌ی آنتی کولینرژیک بودن میدریاز می‌دهد.

۱۵۱) الف - مسمومیت با دیژیتال: ① حاد: خطرهای پرکالمی (به دلیل لیز عضلات) دارند ② مزمن: معمولاً کمبود پتاسیم دارند و باید پتاسیم برای درمان آریتمی تجویز شود

✓ درمان ① حاد Ab است. - در فرم حاد باید منیزیم بدهیم و کلسیم در درمان هایپرکالمی [illegible] - آنتی آریتمی لیدوکائین - فنی توئین و گاهی اندرال می‌دهیم.

۱۵۲) ب - در بیمار دیالیزی نباید آلومینیوم تجویز شود.

۱۵۳) ج - کلستیرامین در اسهال با سوء جذب اسید صفراوی می‌دهیم - NSAID در اسهال ناشی از آدنوم ویلوس (یا MTC) استفاده می‌شود - کلونیدین برای نوروپاتی دیابتی است (مثل اسهال ناشی از ترک اپیوئید) - کنودیول جزو داروهای حل کننده سنگ صفراست.

۱۵۴) د - عوارض سولفاسالازین: سردرد - میالژی - آرترالژی - سرکوب BM

۱۵۵) د - پنی‌سیلین بر مایکو اثری ندارد (دیواره ندارد).

✓ مایکو حساس به تتراسایکلین و ماکرولیدها است.

۱۵۶) د - بیمار سندرم gray baby دارد -

۱۵۷) ب - درمان چوس = تترو و بعد ونکو
✓ تلیترومایسین یک کتولید مثل اریترومایسین است و در CAP کاربرد دارد و عوارض اش بیشتر است.

۱۵۸) ج - بیمار رفع خون بدخیم دارد (به دلیل آسیب اندام انتهایی است)
✓ هیدروکلروتیازید برای حملهٔ فشار خون نیست.

۱۵۹) الف - لیدوکائین جزو دسته‌ی Ib و کم عارضه‌ترین داروهای ضد آریتمی است و روی QRS (QT) اثری ندارد - در آریتمی‌های بطنی بکار می‌رود و در آریتمی فوق بطنی فقط در مسمومیت با دیژیتال به کار می‌رود.
✓ پروکائینامید Ia است و QT را طولانی می‌کند و در آریتمی دهلیزی و بطنی به کار می‌رود -
✓ سوتالول بتابلوکر است و طولانی شدن PR و ↓ سرعت هدایت گره AV می‌دهد

باب هنلی سولفونامیدی به جز فوروزماید
۱۶۰) د - دیورتیک لوپ (بدون " " " به جز اتاکرینیک اسید
✓ فوروزماید دفع کلسیم را زیاد می‌کند اما چون ادرار را قلیایی می‌کند ↑ خطر سنگ ندارد. (برعکس استازولامید)

۱۶۱) ب - فنوستیگمین برای مسمومیت با آنتی موسکارینی‌ها (و نه TCA)
✓ بیکربنات برای مسمومیت با TCA
✓ کلسیم برای مسمومیت با فلوراید
✓ فلومازنیل برای مسمومیت BZD و زولپیدم و زالپلون
✓ پروتامین برای مسمومیت با هپارین (و تا حدی LMWH)

PCC [illegible] هپارین و آرگاتروبان (DTI)

۱۴۲) ب - تامسولوسین = بلوک α_{1a}
✓ پرازوسین و ترازوسین = بلوک α_1
✓ یوهیمبین = بلوک α_2
✓ فنتول آمین = مهار برگشت پذیر α
✓ فنوکسی بنز آمین = مهار برگشت ناپذیر α
✓ لابتالول = مهار α و β (مثل کارودیلول)
✓ تیمولول = مهار غیرانتخابی β
✓ داروهای مهارکننده‌ی انتخابی β_1: آتنولول - اسمولول - بیسوپرولول - متوپرولول

۱۴۳) د - آلیسین ماده‌ی مؤثره‌ی سیر (ضد چربی) است هم خاصیت HMG-CoA red. مهار و هم خاصیت مهارکنندگی ACE و هم تجمع پلاکتی را کم می‌کند و NO را ↑ می‌دهد و باعث اتساع عروق می‌شود. اثرات بالینی هنوز تأیید نشده است.
این دارو خاصیت فیبرینولیتیک و ضدالتهاب و ضد کارسینوژن نیز هست.
عوارض: تهوع - ↓ فشار - آلرژی - تداخل با داروهای ضد پلاکتی و ↑ ریسک خونریزی

۱۴۴) ب - جین سنگ: AUB و ماستالژی می‌دهد (اثرات استروژنی) - بی‌خوابی و تحریک عصبی و فشار خون می‌شود - با آنتی کوآگولان‌ها و ضد فشار خون و داروهای اعصاب و دیابت تداخل دارد.

۱۶۵) الف - خار مریم و خارشیه سه اثرات اثبات شده در ↓ عملکرد هپاتیت و اپیدمی ولی در مسمومیت قارچ آمانیتا ندارد - در شیر لکن کبد اثرات اثبات شده ندارد - خفیف گوارشی ایجاد می‌کند و باعث نرم شدن مدفوع می‌شود.

✓ اکیناسه و سرخارگل سه در سرماخوردگی مصرف می‌شود و عوارض خاصی ندارد.

۱۶۶) د - ملاتونین در اختلالات خواب مخصوصاً Jetlag به کار می‌رود. در شیردهی به دلیل ↓ شیر و سطح PRL ممنوع است.

✓ گلوکزآمین اثر اثبات شده در استئوآرتریت ندارد.

۱۶۷) الف - HCT: قند و اسید اوریک و چربی (LDL) را ↑ می‌دهد و آلکالوز متابولیک با هایپوکالمی می‌دهد - موجب هایپوناترمی نیز می‌شود.

۱۶۸) د - کلیندامایسین: راش - نوتروپنی - اختلال کبدی و کولیت سودوممبرانو می‌دهد.

۱۶۹) الف - سولفونامیدها با سولفونیل اوره‌ها و وارفارین و MTX رقابت می‌کنند و غلظت آزاد آنها را افزایش می‌دهد. روی متابولیسم کبدی اثری ندارد.

۱۷۰) الف - CO ← اسیدوز متابولیک می‌دهد و آنتی‌دوت آن O_2 است.

۱۷۱) الف - دکستروز در اثر آکاربوز جذب می‌شود نه سوکروز - و تنها عارضه جانبی این دارو نفخ و علائم گوارشی است.

۱۷۲) الف - فولوسترانت در کانسر پستان مقاوم به تاموکسیفن استفاده می‌شود.
✓ آناستروزول: مهارکننده‌ی آروماتاز (در کانسر پستان)
✓ لوپرولید: آگونیست GnRH ← LH↓ و کاربرد در بلوغ زودرس یا OHSS و اندومتریوز
✓ وفیبروم (در کمتر از ۶ ماه) است. ← عارضه: استئوپروز
✓ میفه‌پریستون: آنتاگونیست پروژسترون (و گلوکوکورتیکوئید) ← القا سقط در ۴۹ روز اول.

۱۷۳) الف - ترفنادین + کتوکونازول ← ممنوع
یا آستمیزول

۱۷۴) ج - بتامتازون و دگزامتازون طولانی اثرند.
✓ هیدروکورتیزون کوتاه اثر است.
✓ و بقیه متوسط الاثر!

۱۷۵) ب - قدرت ضدالتهابی دگزا ۳۰ برابر هیدروکورتیزون است.
✓ تریامسینولون ۵ برابر و پردنیزولون ۴ برابر قدرت دارند.

۱۷۶) د - راملتئون: باعث فعال کردن گیرنده‌های ملاتونین می‌شود اما علائم ترک و خواب آوری ندارد. ریفامپین سطح آنزیم‌ها ↓ و آزول‌ها سطح آنزیم‌ها ↑ می‌برند.

۱۷۷) ج - عوارض: نفخ و دیسپپسی - ↓ جذب: تیازیدها، وارفارین و استاتین و ویتامین K

۱۷۸) ب -

۱۷۹) د -

۱۸۰) ج - OCP ریسک کانسر اندومتر و تخمدان را کم می‌کند و ریسک کانسر پستان را زیاد نمی‌کند اما سن ابتلا به آنرا کاهش می‌دهد.

۱۸۱) الف - کاربرد گلوکوکورتیکوئیدها: درمان نارسایی آدرنال - CAH - التهاب‌ها - کانسر خونی - MS - بیماری ارتفاع (+استازولامید) - استفراغ ناشی از کموتراپی.

۱۸۲) الف - علایم: رژیدیتی - هایپرترمی - تاکی‌کاردی - ↑ بزاق - ↑ CPK - لکوسیتوز
درمان: حمایتی + دانترولن + دیازپام + بروموکریپتین

۱۸۳) د - استرپتوگرامین علیه گرم مثبت مقاوم به چند دارو ← کینوپریستین - دالفوپریستین
لینکوزامید ← کلیندامایسین.

۱۸۴) ب - ✓ استیل سیستئین ← استامینوفن
✓ آتروپین ← مهارکننده‌های کولین استراز (باید پرالیدوکسیم رو هم بدهیم تا آنزیم کولین استراز را دوباره بسازد)
✓ اتانول ← متانول و اتیلن گلیکول

۱۸۵) ج - بومتانید یک دیورتیک loop است و عوارضی مانند فورزماید دارد.

۱۸۶) ب - اسپیرونولاکتون اثرات آنتی آندروژنی دارد و اسیدوز متابولیک هایپرکالمیک می دهد.

۱۸۷) الف -

۱۸۸) ب - [illegible] در زنان و ↑ اثر ضد انعقادی و شدت عوارض می دهد و در مصرف همزمان با استاتین میوپاتی را بیشتر می کند.

۱۸۹) ج - دیگوکسین: اثرات زودرس: ↓ سرعت هدایت گره AV ← ↑ P-R و ↓ QT و T مسطح و حتی معکوس و ST را پایین می آورد - اثرات دیررس: VF و af

۱۹۰) د - تجویز ایزونیازید در G6PD ها ممنوع است.

۱۹۱) الف - [illegible] در کبد و کلیه ها کاهش و مقاومت به انسولین و تولید ... ↓ می دهد (برعکس سولفونیل اوره ها)

۱۹۲) الف - در حملات حاد نقرس معمولاً کلشی سین نمی دهیم ولی کورتون و ایندومتاسین می دهیم.

۱۹۳) ب - متیل دوپا مثل کلونیدین در CNS آگونیست α_2 است و ↓ فشار خون می دهد.
عوارض: مثبت شدن کومبس + خواب آلودگی + آنمی همولیتیک.
✓ هگزامتونیوم ← مهار گانگلیون ← عوارض گسترده (یبوست و تاری دید و ↓ فشار و عوارض جنسی و ...)
✓ عوارض رزرپین: افسردگی و اسهال
✓ MAO I در همراهی با تیرامین کریز فشار خون می دهد اما به تنهایی فشار را پایین می آورد.

۱۹۴) د – گیرنده‌ی موسکارینی روی عضلات اسکلتی نداریم.

۱۹۵) د –

۱۹۶) الف – در MSSA سفتریاکسون؟ نفسیلین می‌دهیم.
۱۹۷) د – پاسخ سؤال بعدی را بخوانید.
۱۹۸) ب – اگر بیمار الکلی سوءتغذیه داشته باشد که باید تزریق تیامین
✓ اسمولار گپ بالا نشان‌دهنده‌ی مسمومیت با الکل (اتانول، متانول، اتیلن گلیکول) است
✓ AG بیمار را هم محاسبه می‌کنیم (نرمال ۱۶-۱۲) ← AG↑: مسمومیت با الکل، سیانید، سالیسیلات، ایبوپروفن، والپروات، ایزونیازید، آهن، فنلزین و ترانیل سیپرومین.
✓ K↓ در مسمومیت با β آگونیست، متیل گزانتین، دیورتیک، تولوئن
✓ K↑ در مسمومیت با β بلوکرها، مسمومیت حاد دیژیتال، اسپیرونولاکتون، [illegible] فلوراید

۱۹۹) د – در SIADH ← دمکلوسایکلین می‌دهیم.

۲۰۰) ب – آگرانولوسیتوز حاصل از متی‌مازول برگشت‌پذیر است.
✓ در حاملگی و شیردهی باید PTU بدهیم.

۲۰۱) الف – بیماری لوپوس دارویی برگشت‌پذیر و وابسته به دوز ایجاد کرده است.
ماینوکسیدیل: عوارض: هیرسوتیسم - افیوژن پریکارد - احتباس مایع و تاکیکاردی جبرانی

۲۰۲) ج - آکاربوز قبل از غذا جهت کنترل قند p.p تجویز می‌شود.
✓ بیگوانیدها، تیازولیدین‌دیون‌ها و مهارکننده‌های α گلوکوزیداز هایپوگلایسمی نمی‌دهند و این سه دارو در پیشگیری از دیابت هم کاربرد دارند.

۲۰۳) ج -

۲۰۴) ج - ترامادول در بیماران تشنجی کنتراندیکاسیون نسبی دارد.
مکانیسم: مهار بازجذب سروتونین + NE

۲۰۵) ب -

۲۰۶) د -

۲۰۷) د -

۲۰۸) الف - اسپیرونولاکتون و لوزارتان سطح پتاسیم را بالا می‌برد (مثل کوتریموکسازول و تریامترن)

۲۰۹) الف - گشادی عروق کرونر + تاکی کاردی رفلکسی می‌دهند.

۲۱۰) د - هیوسین آنتی کولینرژیک است و اسپاسم را کاهش می‌دهد.

۲۱۱) ب - داروهای کاهنده‌ی ترشح: β بلاکر - آپراکلونیدین - استازولامید
✓ داروهای افزاینده‌ی خروج: لاتانوپروست و کولینرژیک‌ها (مثل پیلوکارپین)

۲۱۲) ب - دولاسترون گیرنده‌ی سوم سروتونین را مهار می‌کند و long QT می‌دهد.

✓ کتانسرین ← ($5HT_2$) ← درمان کارسینوئید.

✓ آلوسترون ← ($5HT_3$) ← درمان IBS (با شکل غالب اسهال)

✓ اوندانسترون ← ($5HT_3$) ← درمان استفراغ ناشی از کموتراپی

۲۱۳) الف - اسپیرونولاکتون مهار گیرنده را انجام می‌دهد نه سنتز استروئید.

۲۱۴) د - بوسپیرون تحمل ایجاد نمی‌کند.

✓ داروهای زالپلون و زولپیدم داروهای جدیدتر اند و اعتیاد و تحمل کمتری می‌دهند.

۲۱۵) د - درمان تشنج absence تنها ← اتوسوکسماید یا والپروات.

۲۱۶) این سؤال حذف شده است.

۲۱۷) الف - تولکاپون، تغییر رنگ نارنجی ادرار می‌دهد.

✓ همه داروهای ضد پارکینسون افت فشار می‌دهند.

۲۱۸) د - کلونیدین روی α_1 ها اثر نمی‌کند اما روی ایمیدازولین‌ها و α_2 ها اثر می‌کند.

۲۱۹) ج - باقی‌مانده از اثرات BZD ها هستند.

۲۲۰) د - آتروپین تنها اثرات موسکارینی را خنثی می‌کند.

۲۲۱) الف -

۲۲۲) ج -

۲۲۳) ج -

۲۲۴) د - تیمولول [illegible] رخ می‌دهد.

۲۲۵) ج - کلوزاپین به D_2 اتصال ندارد - داروهای قدیمی به D_2 متصل می‌شوند.
و داروهای جدید به D_2 و D_4 وابسته‌اند -

۲۲۶) د - نیستاگموس افقی عمودی مشخصه‌ی فن‌سیکلیدین است.

۲۲۷) د - اثر ↑ HDL بیش از همه در نیاسین است. (لوواستاتین ۵-۱۰٪ این اثر را دارد.)

۲۲۸) ج - فلوتامید مهارکننده‌ی گیرنده‌ی آندروژن در کانسر پروستات است.
✓ آناستروزول مهارکننده‌ی آروماتاز است و در کانسر پستان به کار می‌رود.
✓ اکساندرولون: استروئید آنابولیک (آندروژن) ولی دارو هدر بدنسازی است.

۲۲۹) ب - مکامیلامین جریان مجرای کانال گذاشتن است.

۲۳۰) الف -

۲۳۱) د - کلیندا عامل CDI است نه درمان آن.

۲۳۲) ب - پیموزاید در درمان توره با آنتاگونیست گیرنده D_2 عمل می‌کند.

۲۳۳) الف -

۲۳۴) الف -

۲۳۵) د - تورمیفن مثل تاموکسیفن است (علایم عارضه‌ها و اثرات)

۲۳۶) ج -

۲۳۷) ج - اوسلتامیویر ضد آنفولانزا است.
ریباویرین ضد هپاتیت است.

۲۳۸) الف -

۲۳۹) ب - در مصرف مترونیدازول و سفالوسپورین نیز دیده می‌شود.

۲۴۰) الف -

۲۴۱) د -

۲۴۲) ب - سلژیلین MAOI است.
بوپروپیون مکانیسم مشخص ندارد.
ترازودون مهار بازجذب سروتونین می‌دهد.
ماپروتیلین مهار بازجذب NE می‌دهد.

۲۴۳) الف.

۲۴۴) ج. علائم ذکر شده برای گاباپنتین می‌باشد.

✓ توپیرامات ↓ وزن و آتاکسی می‌دهد.

✓ فلبامات ↓ وزن و نارسایی BM و نارسایی کبدی هم می‌دهد.

✓ فنی‌توئین نیستاگموس و هایپرپلازی لثه و هیرسوتیسم و آکنی و استئوپروز می‌دهد.

۲۴۵) ج.

خسته نباشید!